

Tartu Ülikool  
Majandusteaduskond  
Rahvamajanduse instituut

Laura Helena Kivi

**ESMATASANDI TERVISETEENUSTE KORRALDAMINE  
TERVISEKESKUSTE MOODUSTAMISEGA EESTI NÄITEL**

Bakalaureusetöö

Juhendajad: Janek Saluse  
Kerly Espenberg

Tartu 2014

Soovitan suunata kaitsmisele .....

.....

(juhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud “ “ ..... 2014. a.

Riigimajanduse ja majanduspoliitika õppetooli juhataja .....

(õppetooli juhataja nimi ja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd,  
põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(töö autori allkiri)

## SISUKORD

SISUKORD.....	3
SISSEJUHATUS .....	5
1. AVALIKE TEENUSTE KORRALDUSE JA OPTIMEERIMISE TEOREETILISED ALUSED.....	8
1.1. Tervishoiuteenuste korraldamise mudelid.....	8
1.2. Avalike teenuste võrgustiku optimeerimise teooriad .....	13
2. EESTI ESMATASANDI ÜLEVAADE JA VÄLISRIIKIDE KOGEMUSED ESMATASANDI REFORMIMISEL .....	21
2.1. Eesti esmatasandi terviseteenuste korraldus.....	21
2.2. Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade	32
3. ESMATASANDI TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAJATEGA LÄBIVIIDUD INTERVJUUD JA ESMATASANDI KORRALDUSE ETTEPANEKUD.....	42
3.1. Eesti esmatasandi tervishoiuteenuste osutajatega läbiviidud intervjuud.....	42
3.2. Ettepanekud Eesti esmatasandi tervishoiuteenuste korraldamiseks .....	50
KOKKUVÕTE.....	56
VIIDATUD ALLIKAD .....	60
LISAD .....	67
Lisa 1. Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (erinevate teenusepakkujate koondumine) .....	67

Lisa 2. Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (endised Nõukogude Liidu riigid) .....	69
Lisa 3. Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (endised sotsialismimaad) .....	72
Lisa 4. Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (Lääne-Euroopa ja ebavõrdsuse vähendamine).....	74
Lisa 5. Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (organisatsioonilised muutused).....	75
Lisa 6. Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (Hiina) .....	76
Lisa 7. Intervjuude alateemad.....	77
SUMMARY .....	78

## SISSEJUHATUS

Inimese tervis ja sellega seotud probleemide käsitlemine on olnud aktuaalne kõigil ajastutel. Tänapäeval tingib aga rahvastiku vananemine olukorra, kus vajadus terviseteenuse kasutamiseks järjest kasvab ning terviseteenuste pakkumisega seotud probleemidele tähelepanu pööramine muutub järjest olulisemaks. Terviseprobleemi esinedes puututakse esmalt kokku just perearstide, pereõdede ja teiste esmatasandi terviseteenuste osutajatega, mistõttu on oluline antud teenuste pakkumise kättesaadavamaks muutmine. Eesmärgiks on, et valitseks ühiskonna ootustele ja vajadustele vastav esmatasandi tervishoid (Esmatasandi ... 2009: 4).

Esmatasandi tervishoiu tähtsus tõusis rahvusvaheliselt esmakordselt esile 1978. aastal kui Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Kasahstanis Almatõ linnas peetud rahvusvahelisel konverentsil esmatasandi tervishoiust võeti vastu Alma-Ata deklaratsioon. Alma-Ata deklaratsioonis kirjeldatakse esmatasandi tervishoidu olulise tähtsusega tervishoiu valdkonnana, mis tehakse kättesaadavaks selles ulatuses, mida riik ja ühiskond võivad endale lubada ja meetoditega, mis on praktiliselt ja teaduslikult põhjendatud ning sotsiaalselt aktsepteeritavad (*Declaration ... 1987*). Esmatasandi tervishoiu tugevdamine on muutunud aja jooksul järjest aktuaalsemaks. Maailma Terviseorganisatsiooni 2008. aasta Maailma tervise raportis (*World Health Report 2008 – Primary Health Care – Now More Than Ever*) rõhutatakse esmatasandi tervishoiu olulisust arvestades praegust globaliseeruvat maailma.

Eestis kuuluvad esmatasandi tervishoiuteenuste hulka perearsti ja -õe teenused, kodune õendusabi teenus, füsioteraapia teenus, ämmaemandusabi teenus, koolitervishoiuteenus, apteegi teenus, töötervishoiuteenus, hambaravi teenus ja vaimse tervise õe teenus (Esmatasandi ... 2009: 3). Esmatasandi tervishoiu arengukavas (2009: 5) tuuakse

esmatasandi tervishoius valitsevate probleemidena välja esmatasandi teenuste piiratud valikut, mis piirneb vaid perearsti ja -õe teenusega, teatud terviseteeuste (koduõenduse, füsioteraapia, ämmaemandusabi) ebapiisavat ja geograafiliselt ebahühtlast kättesaadavust esmatasandil ning raskusi asendustöötajate leidmisel perearsti või -õe ajutiselt töölt puudumise korral. Nimetatud probleemsete esmatasandi teenuste osas ei ole välja kujunenud perearstivõrgustikuga võrreldavat kogu riiki hõlmavat võrgustikku, mis tagaks ühtlase ja hea kättesaadavuse. Ühe nimetatud probleemide leevendamise võimalusena nähakse perearsti ja -õe, koduse õendusabi, füsioteraapia ja ämmaemandusabi teenuste osutamise koondumist ühistesse tervisekeskustesse (Esmatasandi ... 2009: 4). Kuna eelnimetatud probleemid mõjutavad nii esmatasandi terviseteeuste pakkumise efektiivsust kui kättesaadavust, ongi oluline esmatasandi terviseteeuste pakkumise korralduse täpsem uurimine ja ettepanekute väljatöötamine antud valdkonna korralduse optimeerimiseks.

Käesoleva bakalaureusetöö eesmärgiks on anda soovitusi Eesti esmatasandi terviseteeuste tõhusamaks korralduseks läbi tervisekeskuste moodustamise.

Lähtuvalt eesmärgist on püstitatud järgmised uurimisülesanded:

- kirjeldada tervishoiuteenuste korraldamise mudeleid;
- kirjeldada erinevaid avalike teenuste võrgustike optimeerimist käsitlevaid teooriaid;
- anda ülevaade Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldusest;
- kirjeldada varasemate esmatasandi tervishoiusüsteemi reforme kajastavate Eesti ja välismaiste uuringute tulemusi;
- analüüsida esmatasandi terviseteeuste osutajatega läbi viidud intervjuusid;
- anda esmatasandi tervishoiusüsteemi korralduse välispraktika ja Eesti eksperthinnangute põhjal soovitusi Eesti esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse muutmiseks.

Bakalaureusetöö jaguneb kolmeks peatükiks. Esimene peatükk jaguneb kaheks alapeatükiks, milles avatakse avalike teenuste korralduse ja optimeerimise teoreetilised alused. Esimeses alapeatükis tutvustatakse tervishoiuteenuste korraldamise mudeleid. Teises alapeatükis antakse ülevaade erinevatest avalike teenuste võrgustiku optimeerimise

teooriatest. Teises peatükis antakse ülevaade esmatasandi tervisesüsteemi korraldusest Eestis ja varasematest esmatasandi tervishoiusüsteemi reforme kajastavatest uuringutest. Teise peatüki esimeses alapeatükis käsitletakse Eesti korraldust ja teises alapeatükis reforme käsitlevaid uuringuid ja nende tulemusi. Kolmas peatükk jaguneb kaheks alapeatükiks. Esimeses alapeatükis kirjeldatakse töö uurimismeetodikat ja analüüsitakse valdkonnaekspertide intervjuude tulemusi. Teises alapeatükis tehakse esmatasandi terviseteenuste korralduse reformide ülevaatest selgunud tulemuste, valdkonnaekspertide intervjuude tulemuste analüüsi, Eesti hetkeolukorra ja teoreetiliste seisukohtade ühendamisel ettepanekud esmatasandi terviseteenuste korralduse muutmiseks.

Käesoleva töö teoreetilise tagapõhja moodustavad tervishoiusüsteemide korralduse mudelid (Bismarcki, Beveridge ja erakindlustusel põhinev mudel) ning hierarhiliste rajatiste planeerimise mudelid. Käesolevas töös kasutatavad andmed on kogutud Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskuse RAKE poolt uurimisprojekti „Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine” raames käesoleva töö autori osalusel. Andmed on kogutud erinevate esmatasandi terviseteenuste osutajate esindajatega läbiviidud intervjuude käigus, kajastamaks nende nägemust erinevate esmatasandi terviseteenuste osutajate koondumise võimalusest esmatasandi tervisekeskustesse ning sellega kaasnevatest võitudest ja kahjudest. Käesoleva töö tulemusi saab kasutada sisendina esmatasandi tervishoiu korraldust ning esmatasandi tervisekeskuste moodustamist puudutavate otsuste tegemisel.

Autor soovib tänada töö juhendajaid Janek Saluset ja Kerly Espenbergi nõuannete ja koostöö eest.

# 1. AVALIKE TEENUSTE KORRALDUSE JA OPTIMEERIMISE TEOREETILISED ALUSED

## 1.1. Tervishoiuteenuste korraldamise mudelid

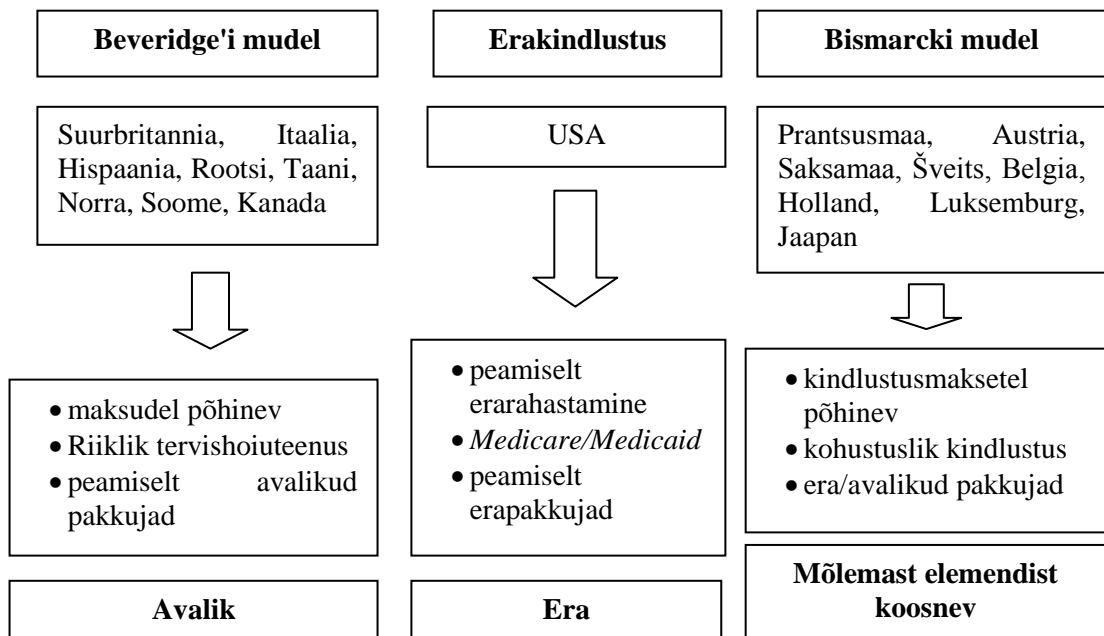
Käesolevas alapeatükis tutvustatakse erinevaid tervishoiusüsteemide mudeleid, täpsemalt Bismarcki ja Beveridge'i mudeleid. Lühidalt tutvustatakse ka USA-s levinud eratervisekindlustuse mudelit.

Tervishoiusüsteemide all mõeldakse sotsiaalseid süsteeme, mis koosneb meetmetest, institutsioonidest, organisatsioonidest ja tegevustest, mille eesmärgiks on ravida ja ennetada haigusi ning tugevdada rahva tervist. Tervishoiusüsteemidele on iseloomulik, et patsiendid käituvad tervisehoiutöötajate poolt pakutavate teenuste kasutamisel kui tabijad ning seejuures rahastavad seda tarbimist kolmandad organisatsioonid. Tervishoiusüsteemid erinevad eri riikide puhul märkimisväärselt. Nad erinevad näiteks patsientide omaosaluse suuruse, riigi sekkumise ulatuse, omandivormide, rahastamise vormide, organisatsiooni ja juhtimise poolest. (Tučková *et al.* 2012: 296)

Kuigi tervishoiusüsteemid on erinevad, on võimalik määratleda millistel üldistel mudelitel nad põhinevad. Euroopa tervishoiusüsteeme põhinevad kahel peamisel mudelil: Bismarcki ja Beveridge'i mudelil. Kolmas peamine tervishoiusüsteemi mudel on erakindlustusel põhinev mudel, mis on USA tervishoiusüsteemi aluseks. (Lameire *et al.* 1999: 3) Kolme peamise tervishoiusüsteemi mudelile iseloomulikest tunnustest annab ülevaate joonis 1.

Järgnevalt seletab autor täpsemalt kolme peamise tervishoiusüsteemi toimimist. Beveridge'i mudeli korral toimub tervishoiusüsteemi rahastamine peamiselt maksusüsteemi kaudu (vt joonis 1). Saadavad hüvitised ei ole Beveridge mudeli korral kuidagi seotud teenitud

palgatuluga (Bismarck ... 2008: 70). Tervishoiuteenused on kättesaadavad kõigile ja ei sõltu sellest, kas isik on eelnevalt maksetega panustanud (Lameire *et al.* 1999: 5). Kuna hüvised on universaalsed, toimub selle süsteemi puhul suur tulude ümberjaotus erineva sissetuleku tasemega indiviidide vahel (Bismarck ... 2008: 69). Beveridge'i tervishoiusüsteemides toimub teenuste osutamine peamiselt avalike pakkujate poolt (Lameire *et al.* 1999: 5). Kuna teenuste rahastamine toimub riigieelarvest, on tervishoiusüsteemi haldamine selles süsteemis tugevama riigi kontrolli all (van der Zee, Kroneman 2007: 2). Beveridge'i mudeli korral konkureerib tervishoiu eelarve teiste prioriteetsete rahastamisvaldkondadega, nt haridusega (Lameire *et al.* 1999: 5–6). Osasid Beveridge'i mudelil põhinevaid tervishoiusüsteeme iseloomustab väga tsentraliseeritud juhtimine (nt Suurbritannia), samas kui teistel juhtudel on juhtimine detsentraliseeritud (nt Soome) (Hassenteufel, Palier 2007: 576). Beveridge'i mudelil põhineb Suurbritannia, Rootsi, Itaalia, Hispaania, Taani, Soome ning osaliselt Kreeka ja Portugali tervishoiusüsteem (Busol 2010: 5; Lameire *et al.* 1999: 3). Süsteemi suurima puudusena nähakse tervishoiu alarahastamise ohtu (van der Zee, Kroneman 2007: 3).



**Joonis 1.** Peamised tervishoiusüsteemide mudelid arenenud riikides (autori koostatud Lameire *et al.* 1999: 3; Busol 2010: 5 põhjal)

Teiseks peamiseks tervishoiusüsteemi mudeliks on Bismarcki mudel, mis on oma nime saanud süsteemi asutaja Otto von Bismarcki järgi, kes 1883. aastal tutvustas Saksamaal riikliku ravikindlustust (vt joonis 1). Bismarcki mudel on kasutusel Saksamaal, Prantsusmaal, Austrias, Šveitsis, Jaapanis ja Beneluxi maades. Selle süsteemi rahastamine toimub kindlustusmaksete kaudu. Kindlustusmaksed on mingi kindlaks määratud protsent palgast ning neid haldavad iseseisvad ravikindlustusfondid. Inimesed valivad ise millisesse kindlustusfondi nad makseid teevad. Kuna kindlustusfondid on iseseisvad ehk nende tegevus ei ole parlamendi kontrolli all, on Bismarcki süsteem võrreldes Beveridge'i süsteemiga väiksema riigi kontrolli all. See, milliseid tervishoiuteenuseid on igal kindlustatud inimesel õigus saada, määratakse raamlepinguga, mille sõlmivad tervishoiutöötajate ja ravikindlustusfondide esindajad. Bismarcki mudelit iseloomustab nii era- kui avalike pakkujate olemasolu. Bismarcki süsteemi suurima puudusena nähakse ühtse kindla võimukeskuse puudumist, mistõttu on tervishoiukulutuste kontrolli all hoidmine keeruline. (Bismarck ... 2008: 69; Busol 2010: 5; Lameire *et al.* 1999: 6; van der Zee, Kroneman 2007: 3)

Bismarcki süsteemi näiteks on Prantsusmaa tervishoiusüsteem. Prantsuse tervishoiusüsteemi iseloomustab tema universaalne ligipääs tervishoiuteenustele, teenuseosutaja vaba valik. Süsteemi iseloomustab ravikindlustusfondide monopolistlik jõud kindlustatute üle ja ametiühingute võim kindlustusfondide juhatustest, kus nad esindavad kindlustatute huve. (Busol 2010: 5)

Erakindlustuse mudel põhineb samuti kindlustusmaksetel, mida makstakse erakindlustusfirmadele. Erakindlustuse mudel esineb oma puhtal kujul vaid USA-s (Lameire *et al.* 1999: 6). Selle süsteemi puhul toimub rahastamine peamiselt eraallikatest (vt joonis 1). Erandiks on siinkohal *Medicare* ja *Medicaid*. *Medicare* on riiklik ravikindlustusprogramm, mis loodi 1965. aastal eakate inimeste sotsiaalseks kaitseks ning mis 1972. aastal laienes ka alla 65-aastastele puuetega inimestele (Nelson *et al.* 2014: 64). *Medicaid* loodi samuti 1965. aastal ning tema eesmärgiks on madala sissetulekuga inimeste ravikindlustamine (Hahn 2013: 452). Suur osa teenusepakkujaid kuuluvad erakindlustuse süsteemi puhul erasektorisse (Lameire *et al.* 1999: 6).

Kõik tervishoiusüsteemid püüdlevad parema lahenduse poole, üritades leida optimaalset vahekorda tervisesüsteemide tervisenäitajate, tervishoiukulutuste suuruse ja rahvastiku rahulolu vahel. Van der Zee ja Kroneman (2007) on hinnanud Beveridge'i ja Bismarcki mudelile põhinevate Euroopa riikide tervishoiusüsteemide nimetatud tegureid. Tervisenäitajana kasutasid nad standardiseeritud suremuse näitajat, imikusuremust ja oodatavat eluiga sünnil. Tervishoiukulutuste näitajana kasutati kulutusi ühe inimese kohta ostujõu pariteedi ühikutes ja kulutusi suhtena SKP-sse. Rahvastiku rahulolu hindamiseks kasutasid van der Zee ja Kroneman Eurobaromeetri uuringuid. Lameire *et al.* (1999: 6–8) võrdlesid samuti erinevaid tervishoiusüsteemide mudeleid, kaasates analüüsi ka erakindlustusel põhineva mudeli. Nad hindasid lisaks tervishoiukulutuste efektiivsusele ja ravi kvaliteedile ka inimeste ligipääsu teenusele. Ligipääsu hindamiseks kasutati kaetuse näitajat.

Van der Zee ja Kroneman leidsid, et Bismarcki mudelile põhinevates süsteemides on suremuse ja oodatava eluea näitajad veidi paremad kui Beveridge mudelile põhinevates riikides. Imikusuremuse määr on kahe erineva süsteemi vahel konvergeerunud ja alates 1980. aastast kahe erineva süsteemiga riikide vahel erinevusi ei esine. Bismarcki süsteemid on suuremate tervishoiukulustega kui Beveridge süsteemid. Bismarcki mudelit kasutavates maades on elanikud keskmiselt rohkem rahul tervishoiusüsteemiga kui Beveridge mudelit kasutavate riikide elanikud. Bismarcki mudelit kasutavates maades on tervishoiusüsteemiga väga rahul ligikaudu kaks kolmandikku rahvastikust, samas kui Beveridge süsteemi puhul on see näitaja ligikaudu pool rahvastikust. (van der Zee, Kroneman 2007: 1–4)

Lamiere *et al.* (1999: 6–8) leidsid ravikvaliteedi näitajaid uurides, et enneaegsete surmade osas ei esine Bismarcki ja Beveridge'i süsteemis erinevusi, küll aga on ennetähtaegsete surmade osakaal suurem USA-s, kus kehtib erakindlustuse süsteem. Erinevusi ei leitud erinevate gruppide vahel surnult sündinute laste arvus ega oodatavas elueas. Tervishoiukulutuste osas leiti, et Beveridge'i mudelit kasutavates riikides kulutatakse tervishoiule vähem kui Bismarcki süsteemiga riikides. Suurimad kulutused on erakindlustussüsteemiga USA-s. Kaetuse uurimisel ei leitud Beveridge'i ja Bismarcki

süsteemi vahel samuti suuri erinevusi, küll oli kaetus kehvem USA ravikindlustuse süsteemi puhul. (Lamiere *et al.* 1999: 6–8)

Eelneva põhjal selgub, et tervisenäitajatega mõõdetud ravikvaliteedis Bismarcki ja Beveridge süsteemi vahel suuri erinevusi ei ole. Ravikvaliteedi näitajad olid halvemad USA erakindlustuse süsteemi puhul. On näha, et Bismarcki mudelit kasutavates riikides on tervishoiukulutused suuremad kui Beveridge'i mudeli puhul. Suurimad on kulutused erakindlustuse süsteemi puhul. Samas on elanikud Bismarcki mudelil põhineva tervishoiusüsteemiga riikides tervishoiusüsteemiga rohkem rahul kui Beveridge'i mudelil põhinevate tervishoiusüsteemidega riikide elanikud. Sellest järeldub loogiline seos, et kõrgemate tervishoiukulude kaasneb ka rahvastiku suurem rahulolu (Bismarcki süsteem) ning madalama kulutustega madalam rahulolu (Beveridge'i süsteem).

Eesti tervishoiusüsteem põhineb peamiselt Bismarcki süsteemi elementidel. Bismarcki tüüpi ravikindlustussüsteemi loomise põhjuseks tervishoius oli kindla tulubaasi tagamine. Lisaks taheti ergutada inimesi ametlikult tööturul osalema, seega seoti ravikindlustus tööturuga. (Koppel *et al.* 2008: 251) Eesti tervishoiusüsteemist, täpsemalt esmatasandi korraldusest, annab autor täpsema ülevaate alapeatükis 1.2.

Kokkuvõtvalt saab Euroopa riikide tervishoiusüsteemid jagada põhinemise järgi kaheks: Bismarcki ja Beveridge'i mudelil põhinevad. Beveridge'i mudeli korral rahastatakse tervishoidu maksudega riigieelarvest ning pakutavad hüvised on universaalsed. Beveridge'i mudelil põhineb Suurbritannia, Rootsi, Itaalia, Hispaania, Taani ja Soome tervishoiusüsteem. Bismarcki mudeli korral rahastatakse tervishoidu riikliku ravikindlustuse kaudu. Ravikindlustusfondidesse tehtavad sissemaksed sõltuvad sellisel juhul palgast. Bismarcki mudel on kasutusel Saksamaal, Prantsusmaal, Austrias, Šveitsis, Jaapanis ja Beneluxi maades. Ka Eesti tervishoiusüsteem põhineb rohkem Bismarcki mudelile.

## 1.2. Avalike teenuste võrgustiku optimeerimise teooriad

Käesolevas alapeatükis antakse ülevaade erinevatest avalike teenuseid pakkuvate asutuste võrgustiku optimeerimist käsitlevatest teooriatest, täpsemalt hierarhiliste rajatiste planeerimise mudelitest. Hierarhiliste rajatiste puhul pakuvad erineva tasemel asuvad rajatised erinevat sorti teenuseid. Siiski on erinevate taseme rajatiste vahel tihtipeale seosed, mistõttu ei ole võimalik nende asukoha leidmise probleemi igal tasemel eraldi lahendada. Näitena võib tuua tervishoiusüsteemi, kus tihti suunatakse ühe perearstikeskuse patsiendid edasi samasse haiglasse. Kuna autori uurimisvaldkond on tervishoiusüsteem, täpsemalt esmatasandi tervisteenuste korraldus, siis keskendutaksegi käesolevas alapeatükis hierarhiliste rajatiste asukoha mudelitele. Esmalt antakse alapeatükis ülevaade erinevatest hierarhiliste rajatiste asukoha mudelite rakendusvaldkondadest. Seejärel selgitatakse mudeleid iseloomustavaid erinevaid tunnuseid ja nende jagunemist. Viimaks käsitletakse levinumaid hierarhiliste rajatiste asukoha mudeleid.

Farahani *et al.* (2014: 104) toovad välja, et hierarhiliste rajatiste asukoha leidmise peamine probleem on määrata mitmetasandilisse võrgustikku kuuluvate rajatiste asukoht viisil, et madalaima taseme rajatises oleks nii teeninduse kulud kui kättesaadavus optimaalne. Hierarhiliste rajatiste peamise näitena toovad nad välja tervishoiusüsteemi. Hierarhiline asutuste süsteem võib tervishoiusüsteemis koosneda näiteks kolmest erinevast tasandist: kohalikud kliinikud, üldhaiglad ja piirkondlikud haiglad (*Ibid.*: 104). Madalaima taseme asutus on sellisel juhul kohalik kliinik, kus pakutakse ravi levinuimatele haigustele. Üldhaigla pakub teenuseid kohalikele kliinikutele ja päevakirurgia teenuseid, samas kui piirkondlikud haiglad on hierarhia kõrgemal astmel, pakkudes erinevaid statsionaarseid teenuseid ja teenuseid üldhaiglatele. Sahina ja Süralb (2007: 2313) toovad hierarhiliste rajatiste süsteemi näitena välja tahkete jäätmete käitlussüsteemi, mis koosneb erineva taseme rajatistest: jäätmete tekkepaikadest, vahehoidlatest ja lõppjäätmejaamadest. Hierarhilisteks süsteemideks on veel tootmise jaotusvõrgu süsteem (rajatisteks tehased, vahelaod ja jaemüüjad) ja kiirabisüsteem, kui ta koosneb kahest erineva taseme jaamast (Farahani *et al.* 2014: 105–106). Lisaks on hierarhiliseks süsteemiks haridussüsteem, mis

koosneb erineva taseme haridusasutustest (algkoolid, põhikoolid, gümnaasiumid), ja telekommunikatsioonivõrkudest (Sahina ja Süralb 2007: 2314).

Hierarhiliste rajatiste paiknemise probleemi käsitlevaid mudeleid saab jaotada mitmete erinevate tunnuste kaupa. Erinevate tunnuste arvestamisest mudelis sõltub ka nende rakendamisvõimalused erinevate reaalsuses esinevate süsteemide korralduse organiseerimisel. Tabelis 1 (vt lk 15) on toodud erinevad antud mudeleid iseloomustavad tunnused ja nende jaotus. Esmalt saab mudeleid liigitada liikumismustrite järgi. Suundade järgi on liikumist võimalik jagada ühesuunaliseks ja mitmesuunaliseks. Ühesuunalise liikumise puhul algab liikumine madalaimalt tasemelt ja kulgeb kuni kõrgeima taseme rajatiseni, samas kui mitmesuunalise liikumise puhul võib liikumine toimuda ükskõik millisel madalaimalt astmelt ükskõik millisele kõrgemale astmele (Sahina ja Süralb 2007: 2311). Lisaks on liikumismustreid võimalik suunamise järgi jaotada suunamisega ja suunamiseta liikumiseks (vt tabel 1). Suunamisega liikumise puhul suunatakse igal astmel mingi osa kliente kõrgema astme rajatisse, nt perearstikeskusest haiglasse (Farahani *et al.* 2014: 110).

Asutuses pakutavate teenuste varieeruvuse järgi on süsteeme võimalik jagada pesastatud ja mitte-pesastatud süsteemiks (vt tabel 1). Pesastatud süsteemi puhul pakutakse kõrgema astme rajatises kõiki samu teenuseid, mida madalama astme rajatises ja lisaks veel vähemalt ühte teenust. Mitte-pesastatud süsteemi puhul pakutakse erineva taseme rajatistes erinevaid teenuseid. (Sahina ja Süralb 2007: 2311) Pesastatud süsteemi näiteks võib tervishoiusüsteemist tuua perearstikeskuse ja polikliiniku, kus pakutakse ka perearstiteenuseid. Perearstikeskus pakub perearsti ja -õe teenuseid, samas kui polikliinik pakub nendele teenustele lisaks eriarstiteenuseid.

Ruumilise konfiguratsiooni alusel jagunevad süsteemid sidusaks ja mittesidusaks (vt tabel 1). Sidusa süsteemi puhul on kõik ühele madalama astme asutusele määratud nõudmised suunatud edasi ühele samale kõrgema astme asutusele, samas kui mitte-sidusa süsteemi puhul sellist piirangut ei ole (Farahani *et al.* 2014: 110). Ruumilist konfiguratsiooni saab suunamise piirangute järgi jagada ka üheainsa, lähima ja teeraja suunamise piirangu järgi.

Teixeira ja Antunes (2008) seletavad oma töös nimetatud suunamise piiranguid. Üheainsa suunamise piirangu kohaselt suunatakse klient vaid ühte asutusse. Lähima suunamise korral suunatakse klient alati lähimasse asutusse. Teeraja suunamise piirangu korral kehtib seaduspära, et kui mingi kindel nõudluspunkt on suunatud rajatisse, siis kõik selle kliendi teerajale jäävates punktides asuvad kliendid suunatakse samuti samasse asutusse. Üheainsa suunamise piirangu korral suunatakse perearstikeskuse patsient seega vajadusel edasi vaid ühte kindlasse haiglasse ning lähima suunamise korral patsiendi elukohale lähimale asuvasse haiglasse. Teeraja suunamise piirangu korral suunatakse inimene, kes elab juba kindlasse haiglasse suunatud inimese elukoha ja selle haigla vahel, samasse haiglasse.

**Tabel 1.** Hierarhiliste rajatiste paiknemise mudeleid iseloomustavad tunnused ja nende jagunemine

<b>Liikumismustrid</b>	Ühesuunaline liikumine
	Mitmesuunaline liikumine
	Suunamisega
	Suunamiseta
<b>Teenuste varieeruvus</b>	Pesastatud ( <i>nested</i> )
	Mitte-pesastatud ( <i>non-nested</i> )
<b>Ruumiline konfiguratsioon</b>	Sidus ( <i>coherent</i> )
	Mitte-sidus ( <i>non-coherent</i> )
	Üheainsa suunamise piirang ( <i>single-assignment constraint</i> )
	Lähima suunamise piirang ( <i>closest-assignment constraint</i> )
	Teeraja suunamise piirang ( <i>path-assignment constraint</i> )
<b>Eesmärk</b>	Mediaan
	Määratud kaetus
	Maksimaalne kaetus
	Fikseeritud hind
<b>Võimsuspiirangud</b>	Võimsus piiratud
	Võimsus ei ole piiratud
<b>Võrgustiku tasemed</b>	Kindel juhtum (2, 3, ... taset)
	Üldine juhtum (k taset)

Allikas: (Farahani *et al.* 2014: 110; Sahina ja Süralb 2007: 2311-2313; Teixeira ja Antunes 2008); autori koostatud.

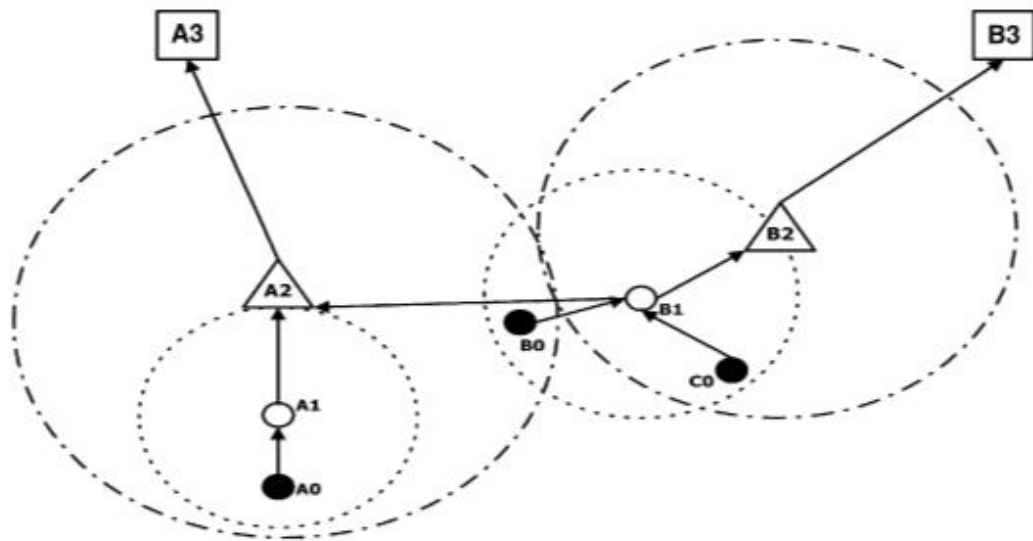
Eesmärgi järgi saab süsteeme liigitada mediaani, kaetuse ja fikseeritud hinna eesmärgi pärast (vt tabel 1). Mediaanmudelite eesmärk on vähendada nõudlusega kaalutud kliendi

ja rajatise vahelist koguteepikkust (transpordikulu). Kaetuse mudelid jagunevad määratud kaetuse ja maksimaalse kaetuse mudeliteks (vt tabel 1). Kaetuse mudelites loetakse inimene rajatise poolt kaetuks, kui ta asub rajatise mingis kindlas läheduses (Sahina ja Süralb 2007: 2312). Määratud kaetuse mudelite korral on eesmärgiks minimeerida rajatiste arvu, mida on tarvis, et katta kõigi klientide vajadust, samas kui maksimaalse kaetuse korral maksimeeritakse kaetud klientide arvu mingi kindla hulga rajatiste korral (Farahani *et al.* 2014: 106). Hierarhilistes mudelites on tuleb kaetuse eesmärgi puhul vaadata kliendi kaetust kõigi taseme asutuste kohta eraldi, nt tervishoiusüsteemis tuleb jälgida, et üks inimene oleks kaetud nii perearstikeskuse kui erineva taseme haiglate poolt. Fikseeritud hinna eesmärgiga mudelite korral minimeeritakse rajatise ehitamise ja transpordi kogukulusid (Sahina ja Süralb 2007: 2312).

Mudeleid on võimalik jagada ka selle järgi, kas nad arvestavad asutuste teenindusvõimsuse piiranguid (vt tabel 1). Võimsuspiirangutega mudeli puhul on asutustele seatud kindlad võimsuse piirangud, piiranguteta mudeli puhul on asutuste teenindusvõimsus jäänud mudeli huviobjektist välja. Viimaks võib mudeleid jagada ka selle järgi, kas neid on võimalik rakendada kindlale või üldisele juhtumile. Kindla juhtumi korral on mudel rakendatav kindla arvu (nt 2, 3, ...) erinevate asutuste tasemetel korral. Üldise juhtumi korral on mudel rakendatav, olenemata erinevate rajatise tasemetel arvust. Hierarhiliste mudelite liigitamiseks on seega palju erinevaid tunnuseid, mille erinevate alaliikide kombineerimisel moodustuvad erinevad hierarhiliste asutuste paiknemise mudelid.

Mudeleid kirjeldatavate tunnuste paremaks mõistmiseks on ära toodud joonis 2. Joonisel 2 on kujutatud ühesuunaliste liikumisvoogudega mitte-pesastatud ja mitte-sidusat süsteemi. Süsteemil on rajatised kolmel erineval tasemel. Madalaimal tasemel on rajatised A1 ja B1, keskmisel tasemel rajatised A2 ja B2 ning kõrgeima taseme rajatised A3 ja B3. Võttes süsteemi näiteks tervishoiusüsteemi, on A-d perearstikeskused, B-d üldhaiglad ja C-d keskhaiglad. Joonisel on punktiiridega toodud erinevate rajatiste teenindusalad. Märgitud on ka kolm erinevat nõudluskohta (A0, B0 ja C0), kus asuvad kliendid, ehk klientide elukohad. Kuna tegemist on ühesuunalise süsteemiga, siis liiguvad kliendid kõigepealt madalaima taseme rajatistesse (perearstikeskustesse) ja sealt edasi alles kõrgematele

tasemetele (üld- ja keskhaiglatesse) ehk nt punktis A0 asuval kliendil ei ole kohe võimalik pöörduda rajatisse A2 (üldhaiglasse). See asjaolu vastab hästi tervishoiusüsteemi tegelikule ülesehitusele: enamikule juhtudele (v.a traumad jm erakorralised juhud) ei ole patsiendil võimalik otse haiglasse pöörduda vaid ta vajab selleks perearsti saatekirja. Süsteemi mitte-pesastatust näitab asjaolu, et erineva taseme rajatised on erineva kujuga, mis sümboliseerib, seda, et neis pakutakse erinevaid teenuseid ehk käesolevas näites ei pakuta üldhaiglas perearstiteenuseid. Süsteemi mitte-sidusus väljendub aga selles, et rajatises B1 teenindatavaid kliente suunatakse edasi nii rajatisesse A2 kui B2. Sidusa süsteemi puhul suunataks rajatisest B1 kliente edasi vaid ainult ühte rajatisest A2 ja B2.



**Joonis 2.** Ühesuunaline mitte-pesastatud ja mitte-sidus süsteem (allikas: Sahina, Süralb 2007: 2312)

Järgnevalt selgitab autor lähemalt hierarhiliste rajatiste paiknemise põhilisi mudeleid. Hierarhiliste rajatiste mudeleid vaadeldakse, kuna käesoleva töö uurimisvaldkond on esmatasandi tervise-teenuste korraldus, ning tervishoiusüsteemis on tegemist just hierarhiliste rajatistega. Esimese grupi mudelist moodustavad liikumis- ehk voogudepõhised mudelid, mis jaotuvad, nagu eelnevalt mainitud, ühesuunaliste ja mitmesuunaliste liikumiste põhisteks. Sahin ja Süral (2007: 2315–2137) esitlevad

ühesuunalist mudelit, mis on kahetasandiline, mitte-pesastatud, mitte-sidus ja mille asutuste võimsus on piiratud. Klientide paiknemise kohad on mudelis nn nõudluskohad ja kliendid liiguvad nendelt esimese taseme rajatistesse ja sealt edasi teise taseme rajatistesse. Mudeli sihifunktsioon minimeerib nõudlusega kaalutud kogukaugust nõudluskohtade ja esimese taseme rajatiste ning esimese taseme rajatiste ja teise taseme rajatiste vahel. Mudeli kitsendused tagavad, et kogu nõudluskohtade vajadus saab rahuldatud esimese taseme rajatistes ja kogu esimese taseme poolt teisele tasemele suunatud nõudlus on võrdne kogu esimese taseme nõudlusega. Kitsendused tagavad ka asutuste võimsusega arvestamise ja kindla arvu esimese ja teise taseme asutuste olemasolu mudelis. (Sahin, Süral 2007: 2315–2138)

Sahin ja Süral (2007: 2318) on püstitanud ka mitmesuunalise voogudepõhise mudeli, kus kliendid võivad liikuda nõudluskohtadelt ka otse teise taseme rajatistesse. Tegemist on pesastatud süsteemiga ning nõudlust võivad rahuldada mõlemal tasemel asuvad erinevad asutused. Mudeli sihifunktsioon minimeerib ka siin nõudlusega kaalutud kogukaugust nõudluskohtade ja esimese taseme rajatiste ning esimese taseme rajatiste ja teise taseme rajatiste vahel, millele lisaks arvestatakse nõudlusega kaalutud kogukaugus nõudluskohtade ja teise taseme rajatiste vahel. Seega on voogudepõhistes mudelites põhiohk nõudlusega kaalutud kogukauguse minimeerimises, arvestades seejuures klientide liikumissuundadega. Seega selle mudeli kasutamisel tervishoiusüsteemi puhul tuleb vaadata kuidas toimuvad patsientide liikumised nende elukohtade, perearstikeskuste ja erineva taseme haiglate vahel ning arvestada nimetatud kohtade kaugusega üksteisest. (Farahani *et al.* 2014: 107; Sahin, Süral 2007: 2315–2138)

Teise mudelite grupi moodustavad kaetusepõhised mudelid. Eelnevalt toodi välja, et kaetuse eesmärgiks võib olla nii määratud kui maksimaalne kaetus. Daskin (2013: 125) selgitab, et määratud kaetusega mudelis leitakse minimaalse kuluga rajatiste asukoht nii, et kõik klientide nõudluskohad oleks kaetud vähemalt ühe rajatise poolt. Marianov ja Serra (2001: 197–198) töötavad välja määratud kaetuse põhise mudeli. Mudel on ühesuunaliste voogudega, mitte-pesastatud ja mitte-sidus. Mudelis kasutatakse ka määramismuutujaid: kliendi nõudluskoht on määratud paarile, mis koosneb madalama ja kõrgema taseme

asutustest. Mõlemad asutused asuvad kriitilise vahemaa sees, mis on kummalgi tasemel eraldi määratud. Ka selles mudelis on rajatiste asukoha määramisel eesmärgiks minimaalne kulu. Samas töös kohandatakse mudel ka pesastatud ja sidusale süsteemile rakendatavaks lisades uusi muutujaid ja kitsendusi.

Maksimaalse kaetuse põhiste mudelite puhul tuuakse eesmärgi käsitlemisel välja kaks erinevat suunda. Esimese käsitluse puhul on eesmärgiks maksimeerida iga erineva nõudluseliigi rahuldatust eraldi arvestades olemasolevat taristut. Teise käsitluse puhul eeldatakse, et ühe kliendi kogunõudlus erinevate teenuste järele on rahuldatud vaid siis, kui kõigi vajalike teenuste kaetusala katab antud kliendi asukoha. Maksimaalse kaetuse mudelite korral on seega oluline nõudluse maksimaalne rahuldamine, samas kui määratud kaetuse korral on eesmärgiks kulude minimeerimine. (Farahani *et al.* 2014: 108)

Kolmanda mudelite grupi moodustavad suunamise ehk määratuse põhised mudelid. Nende mudelite puhul on oluline, et iga kindel nõudluskoht on määratud igal taseme asutustest täpselt ühele. Sarnaselt voogudepõhise mudeliga minimeerib sihifunktsioon siin samuti nõudlusega kaalutud kogukaugust nõudluskohtade ja esimese taseme rajatiste ning esimese taseme rajatiste ja teise taseme rajatiste vahel. Üldisi suunamisepõhiseid mudeleid saab rakendada nii ühesuunaliste kui mitmesuunaliste liikumisvoogudega süsteemide puhul. Üldiselt ei eeldata selle süsteemi puhul teenuste kindlat pesastatust. (Sahin ja Süral 2007: 2320)

Käesolevas peatükis selgusid mitmed hierarhiliste rajatiste asukoha mudelite iseloomulikud tunnused. Selgus, et hierarhiliste rajatiste süsteeme leidub mitmes erinevas valdkonnas, mille näitena saab tuua tervishoiusüsteemi, jäätmete käitlussüsteemi, tootmise jaotusvõrgu, kiirabisüsteemi, haridussüsteemi ja telekommunikatsioonivõrgud. Hierarhiliste mudelite liigitamiseks on palju erinevaid tunnuseid, näiteks liikumismustrid, tunnuste varieeruvus, eesmärk ja rajatiste võimsuspiirangud. Tunnuste erinevate alaliikide kombineerimisel moodustuvad erinevad hierarhiliste asutuste paiknemise mudelid. Mudeleid saab jaotada erinevatesse gruppidesse. Esimese grupi moodustavad liikumis- ehk voogudepõhised mudelid, mis jaotuvad ühesuunaliste ja mitmesuunaliste liikumiste põhisteks.

Voogudepõhistes mudelites on põhirõhk nõudlusega kaalutud kogukauguse minimeerimises, arvestades seejuures klientide liikumissuundadega. Teise mudelite grupi moodustavad kaetusepõhised mudelid, mis jagunevad määratud ja maksimaalse kaetuse eesmärgi alusel. Maksimaalse kaetuse mudelite korral on eesmärgiks nõudluse maksimaalne rahuldamine ning määratud kaetuse korral kulude minimeerimine. Kolmas mudelite grupp koosneb suunamise ehk määratuse põhistest mudelitest, mille puhul on oluline, et iga kindel nõudluskoht on määratud igal taseme asutustest täpselt ühele. Sarnaselt voogudepõhise mudeliga minimeeritakse samuti nõudlusega kaalutud kogukaugust nõudluskohtade ja erineva tasemega rajatiste vahel.

## **2. EESTI ESMATASANDI ÜLEVAADE JA VÄLISRIIKIDE KOGEMUSED ESMATASANDI REFORMIMISEL**

### **2.1. Eesti esmatasandi terviseteenuste korraldus**

Eelnevalt tutvustati erinevaid tervishoiusüsteemide ja avalike teenuste võrgustiku optimeerimise mudeleid. Eelnevast selgus, et Eesti tervishoiusüsteem põhineb Bismarcki mudelil, kus terviseteenuste rahastamine toimub kindlustusmaksete kaudu. Käesolevas alapeatükis süvenetakse täpsemalt esmatasandi terviseteenuste korraldusse Eestis. Esmalt antakse ülevaade sellest, millised teenused kuuluvad esmatasandi terviseteenuste hulka ning kirjeldatakse teenuste osutamise seotud õiguslikke piiranguid. Lisaks tuuakse välja esmatasandi teenuseid pakkuvate asutuste õiguslik vorm ning antakse ülevaade tervishoiutöötajate vahelisest koostööst. Olulise osana käsitletakse ka praeguseid esmatasandi terviseteenuste osutamise seotud probleeme. Kuigi käesoleva töö viimases peatükis toodud soovitused esmatasandi teenuste korralduse muutmiseks ei hõlma rahastamisega seotud aspekte, käsitletakse käesolevas peatükis ka terviseteenuste rahastamist, võimaldamaks saada süsteemist terviklikku ülevaadet. Sealhulgas antakse ülevaade patsiendi omaosalusest tervishoiuteenuste rahastamisel ja tervishoiutöötajate töötasudest.

Eesti esmatasandi terviseteenuste korralduse uurimisel on tuginetud nii esmatasandi kui ka üldist tervishoiusüsteemi korraldust reguleerivatele seadustele ja Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse (*European Observatory on Health Systems and Policies*) poolt välja antud ülevaatesarjas „Tervisesüsteemid muutustes” välja antud Eesti tervisesüsteemi ülevaatele. Lisaks on kasutatud valdkonna arengukavasid. Tervishoiusüsteemi rahastamise statistika aluseks on Tervise Arengu Instituudi

Terviseuuringute ja tervisestatistika andmebaasi. Üldarstiabi rahastamisallikate iseloomustamisel on aluseks võetud Eesti Haigekassa 2014. aasta eelarve seletuskiri. Eesti võrdlemiseks Euroopa Liidu keskmise tasemega on tuginetud Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo andmebaasile „*European health for all database*”.

Üldise ülevaate Eesti esmatasandi tervisteenuste korraldusest erinevate aspektide kaupa annab tabel 2.

**Tabel 2.** Esmatasandi tervisteenuste korraldust iseloomustavad tunnused Eestis

<b>Iseloomustav tunnus</b>	<b>Kirjeldus</b>
<b>Esmatasandi tervisteenused</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perearsti ja –õe teenused</li> <li>• kodune õendusabi teenus</li> <li>• füsioteraapia teenus</li> <li>• ämmaemandusabi teenus</li> <li>• koolitervishoiu teenus</li> <li>• apteegi teenus</li> <li>• töötervishoiu teenus</li> <li>• hambaravi teenus</li> <li>• vaimse tervise õe teenus</li> </ul>
<b>Asutuste õiguslik vorm</b>	Teenuse osutajad tegutsevad eraõiguslikel alustel. Üldarstiabi võib osutada FIE-na või äriühingu kaudu. Hambaravi, koolitervishoiu-, koduõendus- ja ämmaemandusabiteenust lisaks ka sihtasutusena.
<b>Rahastamine</b>	Tervishoid suures osas avaliku sektori poolt rahastatud. Suurim rahastamisallikas on haigekassa poolt organiseeritud kohustuslik ravikindlustus. Ravikindlustusmaksed põhinevad sotsiaalmaksul. Valitsuse kulud kiirabi rahastamisele ja ravikindlustamatute vältimatu abi kuludeks. KOV-ide rahastus tagasihoidlik ja varieeruv.
<b>Patsiendi omaosalus</b>	Üldarstiabi üldiselt tasuta, tasu võib küsida koduviisi eest (kuni 5 €). Omaosalus suur ravimi- ja hambaravikulude katmisel.
<b>Tervishoiutöötajate töötasu</b>	Üldiselt määratletud tööandja ja töötaja vahelistel läbirääkimistel. Perearsti sissetulek aga enamasti määratud haigekassalt saadud tulude (pearaha, baasraha, teenuspõhine tasu, perearsti kvaliteedi lisatasu jm maksed) ja praksise pidamise kulude poolt.

Allikas: (Esmatasandi tervishoiu ... 2009; Hüvitiste ...; Lai *et al.* 2013; Ravikindlustuse ... 2002; Tervishoiuteenuste ... 2001; Töötervishoiu ... 1999); autori koostatud.

Eestis kuuluvad esmatasandi teenuste hulka üheksa erinevat teenust, mis on ära toodud tabelis 2. Esmatasandi terviseteenustest on kesksel kohal perearsti ja -õe teenused. Eesti seadusandluses on perearstiabi asemel levinud üldarstiabi mõiste, mida defineeritakse kui ambulatoorset tervishoiuteenust, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad (Tervishoiuteenuste ... 2001). Perearstid tegutsevad tervishoiusüsteemis nn väravavahtidena: nad on patsientidele esimeseks süsteemiga kokkupuutepunktiks ning paljude eriarstide juurde pääsemiseks on tarvis perearsti suunamist (Esmatasandi ... 2009: 11). Perearstid tegutsevad nimistute alusel (Lai *et al.* 2013: 122). Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2001) §-i 8 kohaselt peab perearsti nimistu piirsuurus jääma 1200 ja 2000 vahele, kuid juhul, kui üldarstiabi osutab koos perearstiga vähemalt üks arsti kvalifikatsiooniga tervishoiutöötaja võib nimistu suurus olla 2001–2400 isikut. Perearsti nimistute piirarv Eestis on 837 (Perearsti nimistu ... 2012). Terviseameti registri kohaselt on Eestis hetkeseisuga registreeritud 801 nimistut. Õigusaktidega on reguleeritud ka perearsti ja õe vastuvõtutajad. Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendi (2010) § 5 alusel peavad perearsti vastuvõtuaeg ja pereõe iseseisev vastuvõtuaeg mõlemad olema nädalas vähemalt 20 tundi igal tööpäeval ajavahemikus kella 8.00–18.00. Esmatasandi tervishoiu arengukavas tuuakse ajalise kättesaadavuse probleemina välja üldarstiabi vähest kättesaadavust perearstide töövälisel ajal. Haiglad on probleemina välja toonud erakorralise meditsiini osakondade liigset koormatust perearsti pädevusse kuuluvate pöördumistega, kuna öhtusel ja nädalavahetustel pöörduvad inimesed abi saamiseks just sinna. (Esmatasandi ... 2009: 8–9)

Esmatasandi tervishoiuteenuseid osutavate tervishoiutöötajate tegevuse ja tegevuskohaga seotud aspektid on Eestis õiguslikult reguleeritud. Sotsiaalministri määrustega on kehtestatud perearst ja -õe töövaldkonnad, töötervishoiuspetsialistide tööülesanded töötervishoiuteenuste osutamisel ning koduõenduse, iseseisvalt osutatava ambulatoorse ämmaemandusabi ja koolitervishoiuteenuse raames teostatavad tegevused. Lisaks on sotsiaalministri määrustega seatud nõuded ka perearsti tegevuskohale, hambaravi kabinetile, koolitervishoiuteenuse, koduõendusteenuse, apteegiteenuse ja iseseisvalt osutatava ambulatoorse ämmaemandusabiteenuse osutamiseks vajalikele ruumidele,

sisseseadele ja aparatuurile. Seega on määrustega reguleeritud peaaegu kõigi esmatasandi tervisteenuste osutajate tegevus. Nõudeid ei ole kehtestatud füsioterapeutide tegevusele, kuna hetkeseisuga ei loeta füsioterapeute õiguslikult tervishoiutöötajateks (Tervishoiuteenuste ... 2001). Samuti ei ole kehtestatud eraldi nõudeid vaimse tervise õe tegevusele, mis tuleneb eeldatavalt asjaolust, et vaimse tervise õendus ei kuulu iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetellu (Iseseisvalt ... 2010).

Järgnevalt annab autor ülevaate esmatasandi tervisteenuseid pakkuvate asutuste õiguslikust vormist (vt ka tabel 2). Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2001) § 12 kohaselt võivad perearstid tegutseda füüsilisest isikust ettevõtjana või üldarstiabi osutava äriühingu kaudu. Kui teenuseid osutatakse äriühinguna, võib äriühingu osanikuks või aktsionäriks lisaks selle äriühingu kaudu tervishoiuteenuseid osutava perearsti olla alates 2008. aastast ka kohalik omavalitsusüksus (Tervishoiuteenuste ... 2001). Seadustest lähtuvalt võib hambaraviteenust ning iseseisvalt osutatavaid õendusabi teenused ehk koduõendusteenust ja koolitervishoiuteenust ning ka iseseisvalt osutatavat ämmaemandusabi teenust osutada sellekohase tegevusloaga äriühing, füüsilisest isikust ettevõtja või sihtasutus (Iseseisvalt ... 2010; Tervishoiuteenuste ... 2001). Töotervishoiu ja tööohutuse seaduse (1999) § 19 kohaselt võib töotervishoiuteenuse osutaja olla nii Terviseametis registreeritud või Terviseameti tegevusluba omav töotervishoiuteenuseid osutav juriidiline isik kui ka füüsilisest isikust ettevõtja. Füsioteraapiateenuse osutamise õiguslikku vormi ei ole seadustes määratletud, kuna füsioterapeute ei loeta tervishoiutöötajateks (Tervishoiuteenuste ... 2001). Apteegiteenuse osutamine toimub samuti eraõiguslikel alustel eraomandis olevate apteekide poolt (Lai *et al.* 2013: 136).

Seega tegutsevad Eesti esmatasandi tervisteenuste osutajad eraõiguslikel alustel. Üldarstiabi võib osutada kas füüsilisest isikust ettevõtjana või äriühingu kaudu, samas kui hambaravi-, koolitervishoiu-, koduõendus- ja ämmaemandusabiteenust võib lisaks osutada ka sihtasutuse kaudu. Töotervishoiutöötaja võib teenuseid pakkuda nii juriidilise isikuna kui füüsilisest isikust ettevõtjana, samas kui füsioteraapiateenuse osutamise õiguslik vorm pole reguleeritud. Märkimisväärne on asjaolu, et eraõiguslikel alustel tegutseva

perearstiteenust osutavad üldarstiabi äriühingu üheks omanikuks võib olla ka kohalik omavalitsusüksus.

Järgnevalt vaadeldakse erinevate teenusepakkujate koostööd Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemis ja sellega seotud probleeme. Esmatasandi tervishoiu arengukavas on esmatasandi teenuste efektiivsuse probleemina toodud välja õdede vähene kaasatus esmatasandi teenuste osutamisesse ja sellega seotud perearsti ressursi ebaratsionaalne kasutamine. Õdede suuremat kaasatust nähakse võimalusena arstidel efektiivsemalt täita esmatasandil arsti pädevust nõudvat rolli, sealhulgas nn väravavahi roll. Perearstide töö probleemina on toodud välja veel liigset administratiiv- ja halduskoormust, mis on seotud üksikpraksiste suure arvuga. Üksikpraksised moodustavad kogu praksiste hulgast peaaegu poole. (Esmatasandi ... 2009: 5, 11–12)

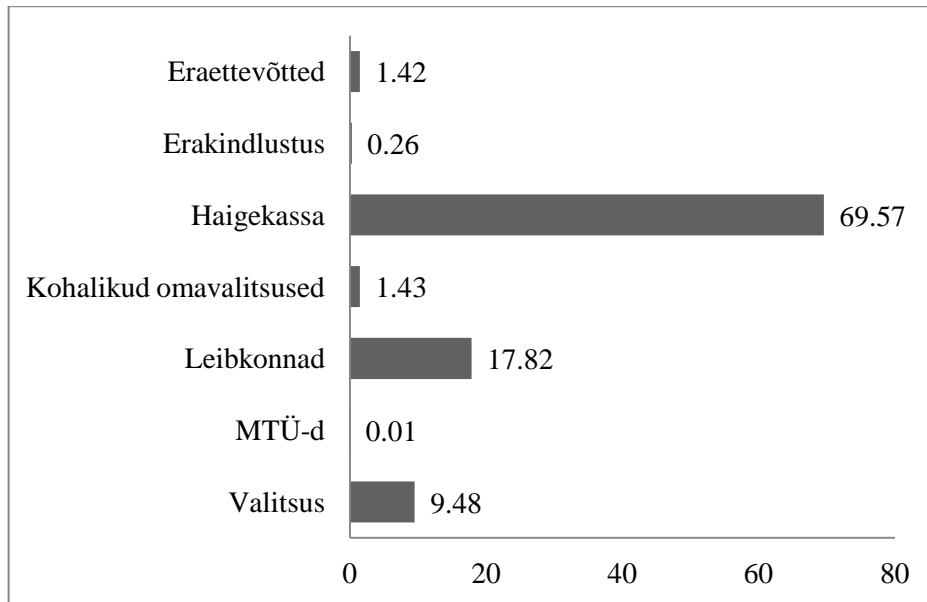
Esmatasandi tervishoiu arengukava üheks eesmärgiks on õdede, ämmaemandate ja füsioterapeutide rolli ja osaluse suurenemine esmatasandi meeskonnas. Samuti seatakse eesmärgiks apteegiteenuste osutajate aktiivne osalemine esmatasandi meeskonnas (*Ibid.*: 20–21). Samas ei või hetkeseisuga tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2001) § 14-st lähtuvalt üldarstiabi osutaval äriühingul olla teisi tegevusalasi peale üldarstiabi, iseseisvalt osutatava õendusabi, iseseisvalt osutatava ämmaemandusabi, sotsiaalteenuste osutamise ning tervishoiualase õppe- ja teadustöö. Seega ei ole hetkel loodud õiguslikke aluseid nt perearstiteenuse ja füsioteraapiateenuse pakkumiseks ühise äriühingu all. Kokkuvõtlikult võib öelda, et peetakse oluliseks erinevate esmatasandi terviseteenuste osutajate koostöö tihenemist, kuid kõigi esmatasandi teenuste osutamine ühise asutuse all eeldab muudatusi seadustes.

Esmatasandi tervishoiu arengukavas tuuakse probleemina välja veel esmatasandisse kuuluvate teenuste (sh kodune õendusabi, füsioteraapia) ebahühtlast ja ebapiisavat kättesaadavust, mis inimese jaoks väljendub ravi järjepidevuse probleemidena ning mõjutab ühtlasi negatiivselt ravi lõpptulemust. Nimetatud teenuste puhul ei ole välja kujunenud kogu riiki hõlmavat võrgustikku, mis tagaks ühtlase kättesaadavuse. Sellega seonduvalt on probleemiks ka esmatasandil teenuste piiratud valik, mis hetkel piirduv perearsti ja -õe

teenustega ning ei vasta elanikkonna vajadustele. Kättesaadavuse probleemiks on ka eraldatud tegutsevate teenuseosutajate piiratud võimalused kättesaadavuse tagamisel ehk ajutiste asendajate leidmine kui teenuseosutaja puudub töölt puhkuste, haigestumise jms tõttu. Ämmaemandusabiteenuse probleemina tuuakse välja normaalse raseduse esmatasandil jälgimise väikse osakaalu. Füsioteraapiateenuse puhul suurendab ambulatoorse taastusravi halb kättesaadavus survet statsionaarsele ravile. (Esmatasandi ... 2009: 5, 8–10)

Kokkuvõtte esmatasandi terviseteenuste rahastamisest Eestis on toodud tabelis 2 (vt lk 22). Esmatasandi terviseteenuste rahastamise iseloomustamiseks Eestis tuleb vaadelda kogu tervishoiusüsteemi rahastamist iseloomustavaid aspekte. Euroopa Liidu keskmisega võrreldes on Eesti avaliku sektori osakaal tervishoiu rahastamises pigem kõrge: 2011. aastal hinnati avaliku sektori tervishoiukulutuste osakaalu kogu tervishoiukuludest 78,9%-ni, samas kui Euroopa Liidu keskmine näitaja, samal aastal oli 76% (*European health for all database*). Joonis 3 annab ülevaate erinevate rahastamisallikate osakaalust kogu tervishoiukuludest Eestis 2012. aastal. Ligikaudu 80% kogu tervishoiukuludest on kaetud avaliku sektori poolt (vt joonis 3). Peamine tervishoiukulutuste rahastamisallikas on Eestis ravikindlustus, mis on organiseeritud Eesti haigekassa (edaspidi haigekassa) poolt ning moodustab kogukuludest ligikaudu 68%. Haigekassa tasub ravikindlustatud isikute haigekassa tervishoiuteenuste loetellu kantud tervishoiuteenuste eest (Ravikindlustuse ... 2002). Ravikindlustuse peamised tulud põhinevad tööandjate poolt töötajate eest ja füüsilisest isikust ettevõtjate poolt makstaval sotsiaalmaksul: 33%-lisest sotsiaalmaksust eraldatakse 13% ravikindlustusele (Sotsiaalmaksuseadus 2000). Ravikindlustuse seaduse § 5 lähtuvalt kuuluvad ravikindlustatud isikute hulka lisaks neile, kelle eest ja kes ise maksavad sotsiaalmaksu, ka isikud, kelle eest sotsiaalmaksu ei maksta. Viimati nimetatute hulka kuuluvad rasedad, pensionärid, lapsed ja noored kuni 19. eluaastani, õppurid ja kindlustatu ülalpeetav abikaasa, kellel on vanaduspensionieani jäänud kuni viis aastat, kes kokku moodustavad ravikindlustatutest peaaegu poole. Ravikindlustus on olemuselt solidaarne kindlustus, mis väljendub selles et maksetega mittepanustaval osal

kindlustatutest on õigus saada samasuguseid hüvitisi kui ülejäänud kindlustatutest. Ravikindlustatud on ligikaudu 95% elanikkonnast. (Lai *et al.* 2013: 59, 73)



**Joonis 3.** Tervishoiukulude rahastamisallikate osakaal (% tervishoiu kogukuludest) Eestis 2012. aastal (autori koostatud Terviseuuringute ja tervisestatistika andmebaasi andmetel).

Lisaks Haigekassale teevad avaliku sektori asutustest kulutusi tervishoiule veel valitsus ja kohalikud omavalitsused. Valitsuse kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest on ligikaudu 9,5% (vt joonis 3). Riigieelarvest rahastatakse sotsiaalministeeriumi kaudu muuhulgas kiirabi osutamist ja ravikindlustamatutele vältimatu abi osutamist (Tervishoiuteenuste ... 2001). Kohalike omavalitsuste kulutused tervishoiule on pigem tagasihoidlikud, 2012. aastal moodustasid need 1,4% tervishoiu kogukuludest (vt joonis 2). Kohalikul tasandil on tervishoiu rahastamine jäetud valla- või linnavolikogu otsustada, mistõttu varieerub rahastamise ulatus eri kohalike omavalituste vahel suuresti (Lai *et al.* 2013: 59; Tervishoiuteenuste ... 2001).

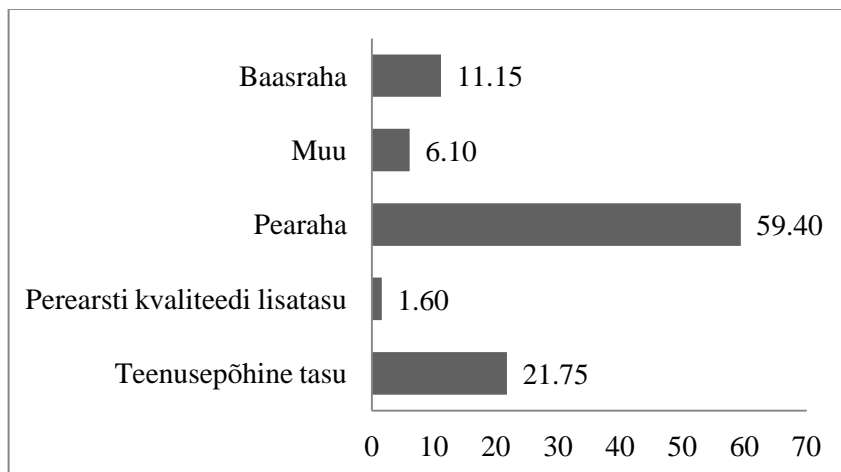
Erasektori kulutused tervishoiule moodustavad kogukulutustest ligikaudu 20% (vt joonis 3). Suurim osa erasektori kulutusest on leibkondade omaosalus terviseteenuste rahastamisel, moodustades kogukuludest peaaegu 18%. Osa leibkondade omaosalusest

moodustavad ravikindlustamata isikute maksed tervishoiuteenuste eest. Kindlustatud isikute omaosalus esmatasandi arstiabis sõltub saadavast teenusest. Pearingi külastamise eest visiiditasu ei nõuta, küll aga on üldarstiabi osutajal õigus nõuda kindlustatult tasu koduviisi eest (Ravikindlustuse ... 2002). 2014. aastal on koduviisi tasu piirmäär 5 eurot (Hüvitiste ...). Leibkondade kulutustest on oluline osa ravimikulustel (Lai *et al.* 2013: 82). Teine suur kululiik on kulutused hambaravile, kuna haigekassa ei võta täiskasvanud kindlustatud isikult üle hambaraviteenuse eest tasu maksmise kohustust (Ravikindlustuse ... 2002). Seadusega on seatud piirid ka omaosaluse ulatusele: ravikindlustuse seaduse (2002) § 30 lähtuvalt on kõigi kindlustatud isikute omaosalus ühesugune ja ei tohi ületada 50%-i haigekassa poolt kehtestatud tervishoiuteenuste piirhindast. Omaosaluse liiga suur määr võib raskendada tervishoiuteenuste kättesaadavust, mistõttu on antud näitaja ka „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020” (2008: 53–54) ühe kättesaadavuse eesmärgi saavutamise indikaatoriks: nimelt on leibkonna kulutuste osakaalule tervishoiu kogukuludest 2020. aasta sihttasemeks seatud kuni 25%. Nagu eelnevalt mainitud ja joonisel 3 toodud, on 2012. aasta andmete põhjal see kriteerium täidetud. Lisaks leibkondade kulutustele moodustavad osa erasektori tervisekulutustest erakindlustuse, eraettevõtete ja mittetulundusühingute kulutused (vt joonis 3). Kõigi nimetatud allikate kulutused tervishoiule on võrdlemisi väikesed, jäädes 0,01 ja 1,4% vahele. Erakindlustust pakkuvad firmad tegelevad peamiselt reisiravikindlustuse pakkumisega (Lai *et al.* 2013: 84). Eraettevõtete kulud tervishoiule tulenevad aga töötervishoiu ja tööohutuse seadusest (1999), mis kohustab tööandjat korraldama töötervishoiuteenuste osutamist ja kandma sellega seotud kulud. Erasektori kulutustest moodustab seega suurima osa leibkondade omaosalus, mis on põhiline ravimi- ja hambaravikulude katmisel. Leibkonna kulutustele lisanduvad erakindlustuse, eraettevõtete ja mittetulundusühingute kulutused, mis on võrdlemisi tagasihoidlikud.

Tervisteenuste osutajad saavad haigekassalt tasusid vastavalt Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus (2013) kehtestatud piirhindadele. Tervishoiuteenuste loetelu haldamine on haigekassa kohustuseks, kuid valitsus annab sellele lõpliku heakskiidu, kinnitades selle Vabariigi Valitsuse määrusega. Üldiselt määratletakse tervishoiutöötajate

palk tööandja ja töötaja vaheliste läbirääkimiste teel, võttes sama arvesse kollektiivlepingute tingimusi. (Lai *et al.* 2013: 86, 91)

Perearstide sissetulek on üldiselt määratud haigekassalt saadud tulude ja praksise pidamise kulude poolt, kuigi ka mõned perearstidest on palgatöötajad (Lai *et al.* 2013: 92). Haigekassa poolt perearstipraksistele makstavate tasude olemusest annab hea ülevaate joonis 4, mis kujutab erinevate allikate osakaalu üldarstiabi rahastamises haigekassa 2014. aasta eelarve põhjal. Suurima osa perearstide haigekassalt saadavatest tuludest moodustab pearaha, mille osakaal on üldarstiabi kogukuludest 59%. Pearaha makstakse perearsti nimistusse kuuluvate kindlustatud isikute arvu alusel ning seejuures võetakse arvesse nimistusse kuuluvate isikute vanuselist struktuuri. Isikud on jagatud vanuse järgi viide gruppi (kuni 3-aastased, 3–6-aastased, 7–49-aastased, 50–69-aastased ja üle 70-aastased) ning gruppides on isikute pearaha piirhind erinev: suurim pearaha on kuni 3-aastastel (5,16 € kuus), teiseks suurim on üle 70-aastaste pearaha (3,96 € kuus) ja vähim on pearaha 7–49-aastastel (2,4 € kuus) (Eesti Haigekassa ... 2013). Erinevate piirhindade kehtestamise põhjusena võib välja tuua tahte kaitsta perearste finantsriskide eest, mis kaasnevad vanuritele ja väikestele lastele tervishoiuteenuste pakkumisega (Lai *et al.* 2013: 87).



**Joonis 4.** Haigekassa üldarstiabikulude allikate osakaal (% kogu üldarstiabi kuludest) haigekassa 2014. aasta eelarve põhjal (autori koostatud Eesti Haigekassa 2014. aasta eelarve seletuskirja andmetel)

Teiseks suurima osakaaluga perearstipraksiste sissetulekust on teenusepõhine, mille osakaal üldarstiabi kogukuludest on 2014. aasta eelarve kohaselt 21,8% (vt joonis 4). Teenused, mille eest tasu makstakse on määratletud haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi vahelise kokkuleppe tulemusena ning kinnitatud ministri määrusega. Teenuspõhise tasu eesmärgiks on tekitada perearstidele stiimuleid pakkuda esmatasandil rohkemaid teenuseid. Perearstipraksised saavad haigekassa käest ka baasraha, mis 2014. aasta eelarve kohaselt moodustab üldarstiabi kogukuludest ligikaudu 11%. Baasraha makstakse ruumide ning perearstide ja -õdede transpordiga seotud kulude katmiseks. (Lai *et al.* 2013: 88)

Väga väikese osa (1,6%) üldarstiabi kuludest moodustab perearsti kvaliteedi lisatasu (vt joonis 4). Uus kvaliteedisüsteem võeti kasutusele 2006. aastal. Peamine eesmärk süsteemi rakendamisel oli suurendada ennetavate teenuste kvaliteeti ja tõhusust ning parandada krooniliste haiguste seiret. Süsteemil on 45 erinevat indikaatorit ning iga indikaatoriga määratud tulemuse saavutamisel teenivad perearstid punkte. Perearstidel on õigus kvaliteedi lisatasule, kui nad on kogunud vähemalt 80% kõigist võimalikest punktidest. Ligikaudu 6% üldarstikuludest tulenevad muudest maksetest, kuhu kuuluvad nt lisatasu perearsti nimistut teenindava täistööajaga teise pereõe eest ja lisatasu, mida makstakse, kui perearsti tegevuskoht asub lähimast haiglast rohkem kui 20 km kaugusel. (Eesti Haigekassa ... 2013; Lai *et al.* 2013: 88)

Kokkuvõtlikult on Eesti esmatasandi korralduse ülevaade erinevate aspektide kaupa ära toodud tabelis 2 (vt lk 22). Esmatasandi tervise teenuste hulka kuulub Eestis üheksa teenust. Peamisel kohal esmatasandi teenustest on perearsti ja -õe teenused. Perearstil on tervishoiusüsteemis kanda ka nn väravavahi roll. Perearstid tegutsevad nimistute alusel, mille piirsuurused on määratletud seadusandluses. Õiguslikult on sotsiaalministri määrustega kehtestatud ka erinevate esmatasandi tervishoiutöötajate (v.a füsioterapeudi ja vaimse tervise õe) töövaldkonnad ja nõuded nende tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile. Esmatasandi tervise teenuste osutajad tegutsevad Eestis eraõiguslikel alustel. Erinevaid teenuseid võib osutada kas füüsilisest isikust ettevõtjatena, äriühingu kaudu ja/või sihtasutusena. Oluliseks peetakse erinevate esmatasandi tervise teenuste osutajate

koostöö suurenemist, kuid kõigi esmatasandi teenuste osutamise võimaldamiseks ühise asutuse all peaks eelnevalt läbi viima vastavad muudatused seadusandluses.

Eestis rahastab suurt osa tervishoiust avaliku sektor. Suurim rahastamisallikas on haigekassa poolt organiseeritud ravikindlustus. Ravikindlustus on kohustuslik ja kindlustatud isikute hüvitised ei sõltu nende maksetega panustamise määrast. Üldiselt on tervishoiutöötajate palk määratletud töötaja ja tööandja vaheliste läbirääkimiste tulemusel võttes arvesse kollektiivlepingutes sätestatud. Perearstide sissetulek on enamasti määratud haigekassalt saadud tulude ja praksise pidamise kulude poolt. Haigekassalt saadavatest tuludest on suurim osa vanuselist struktuuri arvestaval pearahal. Osa tuludest moodustavad veel teenusepõhine tasu ning baasraha, mida makstakse ruumide ning perearstide ja -õdede transpordiga seotud kulude katmiseks. Väikese osa perearstipraksise tuludest moodustab perearsti kvaliteedi lisatasu ja muud maksed.

Eesti esmatasandi tervisteenuste korralduses saab välja tuua ka mitmeid probleeme. Suur probleem on mõningate esmatasandi teenuste (kodune õendusabi, füsioteraapia) ebahõlpsus ja ebapiisav kättesaadavus. Nende teenuste puhul ei ole välja kujunenud riiki hõlmavat võrgustikku, mis tagaks teenuse ühtlase kättesaadavuse. Ämmaemandusabiteenuse spetsiifilise probleemina tuuakse välja normaalse raseduse esmatasandil jälgimise väikse osakaalu. Füsioteraapia teenuse puhul on probleemiks surve statsionaarsele ravile, mis tekib ambulatoorse taastusravi halva kättesaadavuse tõttu. Eraldi tegutsevatel teenuseosutajatel on probleemiks veel ajutiste asendajate leidmine haigestumiste, puhkuste jms korral. Üksinda tegutsevate perearstide puhul on mureks liialt suur administratiiv- ja halduskoormus. Nimetatud probleemidest tuleneb ka vajadus esmatasandi tervisteenuste korraldust korrastada, milleks tehakse käesolevas töös konkreetseid soovitusi alapeatükis 3.2.

## 2.2. Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade

Eelnevast peatükis selgusid Eesti ja valitud välisriikide esmatasandi tervishoiusüsteemi iseloomustavad tunnusjooned. Käesolevas alapeatükis kirjeldatakse varasemate esmatasandi tervishoiusüsteemi reforme kajastavate Eesti ja välismaiste uuringute tulemusi. Artiklite otsinguks kasutas autor fraase „*primary health care reform*”, „*optimized network*”, „*optimized delivery*” ja „*optimized access*”. Otsinguks kasutati andmebaase Sciencedirect, PubMed ja otsingumootorit Google Scholar. Leitud materjalidest eemaldati arengumaades läbi viidud reforme käsitlev kirjandus ning vanemad kui enne 2000. aastat avaldatud uuringud. Kuna antud töö põhifookus on esmatasandi korraldusel, siis jäeti vaatluse alt välja ka vaid tervishoiu teisest (haigla) tasandi reforme puudutavad teadusartiklid. Järgnevas alapeatükis tutvustava esmatasandi terviseteenuste osutajate esindajatega läbi viidud intervjuude puhul lähtuti küsimuste koostamisel Eesti esmatasandi tervishoiu arengukavast (2009), mille alusel peaks esmatasandi põhiteenuste (perearsti ja -õe, koduse õendusabi, füsioteraapia ja ämmaemandusabi teenused) osutamine toimuma esmatasandi tervisekeskuses. Intervjuu küsimustes keskenduti nimetatud põhiteenuse osutajate koondumisele ühistesse keskustesse ja sellest tulenevatele puudustele ja eelistele. Sellest lähtuvalt on ka käesolevas peatükis süvendatud tähelepanu suunatud esmatasandi reformidele, mis käsitlevad erinevate esmatasandi spetsialistide koondumist ühistesse keskustesse. Neid muutusi vaatlevate uuringute leidmiseks kasutas autor lisaks eelnevalt nimetatud otsingufraasidele veel fraase „*multiprofessional primary health care teams*” ja „*midwives/physiotherapists/district nurses colocation with primary health care teams*”.

Autor jagas erinevad esmatasandi korraldust käsitlevad reformid ühiste tunnuste abil gruppidesse. Tabelid 3 ja 4 annavad ülevaate reformide eesmärkidest, tegevustest ja hinnangutest moodustatud gruppide kaupa.

**Tabel 3.** Esmatasandi korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (1)

Riigid	Reformi eesmärk	Reformi tegevused	Hinnang reformile
Kanada, Austraalia	Multiprofessionaalsete meeskondade loomine esmatasandil, et pakkuda koostööl põhinevat ravi.	Erinevate esmatasandi osutajate koondumine ühistesse keskustesse.	Ravikvaliteet vanemaealiste inimeste krooniliste haiguste juhtimisel paranenud. Suurenenud võimalused teadmiste vahetuseks.
Endised NL Liidu maad: Eesti, Leedu, Tadžikistan	Parandada teenuste kättesaadavust, suurendada süsteemi efektiivsust, tagada stabiilset rahastust, esmatasandit tugevdada.	Peremeditsiini sisseviimine (õpe ülikoolides, ümberõpe olemasolevatele spetsialistidele, perearsti ametikoha loomine).	Esmatasandi efektiivsus pärast reformide sisseviimist kasvanud, lisandunud perearstide poolt pakutavaid teenuseid, vähe tähelepanu võrdsuse tagamisel.
Endised sotsialismi-maad: Serbia, Usbekistan, Sloveenia, Poola	Kvaliteedi, patsiendi valikuvabaduse ja konkurentsi tõstmine erastamisega tervishoius.	Erastamine: erapraksiste loomiseks vajaliku õigusliku aluse loomine, omaosaluse suurendamine rahastamises.	Esmatasandi efektiivsus on tõusnud.

Allikas: (van Gool 2008; Hogg *et al.* 2009; Meuser *et al.* 2006; Oandasan *et al.* 2009; Pottie *et al.* 2008; Rosser *et al.* 2010; Atun *et al.* 2006; Koppel *et al.* 2003; Habicht, Kunst 2005; Liseckiene *et al.* 2007; Liseckiene *et al.* 2012; Parfitt *et al.* 2007; Rechel, McKee 2009; Simić *et al.* 2010; Asadov, Aripov 2009; Albrecht, Klazinga 2009; Filison *et al.* 2003); autori koostatud.

Erinevaid pakkumise reforme käsitlevate uuringutest annavad täpsema ülevaate lisad 1–6 (vt lk 67–77), kus on toodud autori poolt koostatud uuringute kokkuvõtted. Ära on märgitud vaadeldav periood, riik/regioon, reformi eesmärgid ja tegevused, hinnang reformile ja uuringu metoodika.

**Tabel 4.** Esmatasandi korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (2)

Riigid	Reformi eesmärk	Reformi tegevused	Hinnang reformile
Saksamaa, Prantsusmaa	Esmatasandi tugevdamine.	Perearsti mudeli tutvustamine.	Mõju patsientide rahulolule ja ravi kvaliteedile väga väike; perearstide suunamine ainult formaalne.
Uus-Meremaa, Šotimaa	Tervisealase ebavõrdsuse vähendamine.	Omaosaluse vähendamine, perearstipraksiste kooperatiivide loomine.	Edukas: on tõendeid inimeste paremast ligipääsust teenustele.
Uus-Meremaa, Austraalia	Süsteemi juhtimise ning riikliku ja regionaalse koordineerimise parandamine.	Riiklikul kui kohalikul tasandil erinevate (esindus)organisatsioonide loomine.	Pikaajalisi mõjusid pole veel hinnatud.
Hiina	Esmatasandi teenuste kättesaadavuse suurendamine.	Varasemate haiglahoonete muutmise esmatasandi keskusteks, valitsusepoolne kohalike esmatasandi tervisteenuste rahastamise suurendamine.	Tervisekeskused ei suuda tõmmata haiglatest endale patsiente .

Allikas: (Groenewegen *et al.* 2013; Hefford *et al.* 2005; Simoens, Scott 2005; Gauld 2012; Nicholson *et al.* 2012; Yip, Hsiao 2009; Zhangb *et al.* 2011; Bhattacharyya *et al.* 2011), autori koostatud.

Esmalt keskendub autor reformidele, mis käsitlevad erinevate esmatasandi teenuse osutajate koondumist ühistesse keskustesse (vt tabel 3 teine rida). Seejärel annab autor ülevaate teistest esmatasandi reformidest. Üheks esmatasandi spetsialistide koondumise näiteks on Kanadas 2004. aastal loodud peretervise meeskonnad FHT-d (*family health teams*) (Rosser *et al.* 2010: 7). Olemasolevad esmatasandi keskused laiendati ja kujundati ümber multiprofessionaalseteks FHT-deks (Oandasan *et al.* 2009: 151). FHT-de meeskonda kuuluvad perearstid, õed, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, dieetoloogid ja teised tervishoiutöötajad nagu apteekrid ja füsioterapeudid (Rosser *et al.* 2010: 7).

Multiprofessionaalsete meeskondade loomise peamiseks ajendiks oli pakkuda koostööl põhinevat patsiendikeskset ravi (Oandasan *et al.* 2009: 151). Erinevate teenuseosutajate koondumisel oli seega oluline füüsilise koos paiknemise kõrval ka koostöö suurendamine. Lisaks patsiendikesksele ravile ja koostöö suurendamisele oli FHT-de loomisel eesmärkideks veel ligipääsu suurendamine erinevate tervishoiutöötajate poolt pakutavale ravile, patsiendi abistamine tervishoiusüsteemis orienteerumisel ning krooniliste haiguste juhtimisele, terviseedendusele ja ennetustegevustele suurema tähelepanu osutamine (Meuser *et al.* 2006: 436). Peretervise meeskondade loomisel on leitud positiivseid tagajärgi. On täheldatud FHT-ide teenuseid kasutavate kõrgvererõhutõve all kannatavate patsientide paremad ravitulemused (Rosser *et al.* 2010: 7). Terviseteenuste osutajad ise on samuti toonud välja FHT-de eelised. Perearstid töid apteekritega koos töötamise eelisena välja võimaluse saada kiirelt usaldusväärset infot ravimite kohta ning sellega seonduvalt suurema kindluse ravimite väljakirjutamisel (Pottie 2008: 1715). On täheldatud ka ravikvaliteedi paranemist vanemaealiste inimeste krooniliste haiguste juhtimisel (Hogg *et al.* 2009: 76). Tervishoiutöötajate koondumine ja meeskondade loomine on seega toonud positiivseid tulemusi: paranenud ravikvaliteedi krooniliste haiguste juhtimisel ning teenuseosutajate suurenenud võimalused teadmiste vahetuseks ja sellest tulenev suurem kindlus ravimisel.

Erinevate esmatasandi spetsialistide koondumine on toimunud ka Austraalias, kus loodi perearstide superkliinikud (*General partitioner super clinics*). 2007.–2011. aastal rahastas Austraalia valitsus 62 perearstide superkliiniku ehitamist (*GP Super ...* 2010: 3). Perearstide superkliinikute puhul on sarnaselt Kanada FHT-dega oluline ravi suurem integratsioon ja koordineerimine esmatasandi arstiabis. Superkliinikute loomise eesmärgiks on muuta esmatasandi teenused kättesaadavaks pakkudes neid ühes kohas koos ning luues need piirkondades, kus nõudlus ei ole praegu rahuldatud, ja parandada krooniliste haiguste, mis vajavad multidistsiplinaarset ravi, juhtimist (van Gool 2008: 1). Perearstide superkliinikutes töötava personali kohta pole ühtset kindlat mudelit. Superkliiniku personal võib sisaldada järgnevaid terviseteenuste osutajaid: perearstipraksisele lisanduvad teenuseosutajad, nagu füsioterapeudid, dietoloogid, töötervishoiutöötajad, psühholoogid,

hambaarstid, lisaks võivad kliinikus olla ruumid külastavatele spetsialistidele ning terviseedendus- ja ennetustegevuste läbiviimiseks (*GP Super ...* 2010: 8). Perearstide superkliinikute loomise tulemuslikkust ei ole käesoleva seisuga veel hinnatud. Küll aga eeldatakse, et ennustatavalt vähendavad perearstide superkliinikud ebavõrdsust teenuste kasutamisel, kuna kliinikud luuakse kohtadesse, kus praegu nõudlus pole rahuldatud (van Gool 2008: 5–6). Üheks eeldatavaks kliinikute loomise tagajärjeks on seega esmatasandi teenuste parem kättesaadavus.

Teise olulise osa reformide analüüsist moodustavad endiste Nõukogu Liidu maade iseseisvuse taastamise kogu tervishoiusüsteemi ja nende hulgas ka esmatasandi reforme käsitlevad analüüsid, mille kokkuvõtte on ära toodud tabeli 3 kolmandas reas ja täpsemad andmed lisas 2 (vt lk 69–71). Nimetatud reformide puhul saab välja tuua erinevaid eesmärke: sooviti parandada teenuste kättesaadavust, suurendada süsteemi efektiivsust, tagada stabiilset rahastust (vt lisa 2 69–71). Oluline on siinjuures esmatasandi tugevdamise eesmärk, mida põhiliselt üritati teostada peremeditsiini sisseviimisega. Endise süsteemi, kus erinevatel inimgruppidel (lapsed, täiskasvanud, naised) oli erinev üldarst, asemel loodi korraldus, kus kõigi inimeste esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemiga oleks nende perearst (Atun *et al.* 2006: 80). Peremeditsiini kui eriala juurutamiseks viidi arstiõppesse sisse peremeditsiinikursused, lisaks viidi läbi ümberõpe seniste esmatasandi spetsialistide seas. Antud analüüside hulka kuuluvad ka Eesti reforme käsitlevate uuringute analüüsid (Atun *et al.* 2006; Koppel *et al.* 2003, Habicht, Kunst 2005). Atun *et al.* (2006) toovad Eesti tervishoiusüsteemi reformide eesmärgina lisaks eelnevale välja ka teenuste kvaliteedi tõstmise. Analüüsides on reformidele antud hinnangud üldiselt positiivsed. Nii Atun *et al.* (2006: 79) kui Koppel *et al.* (2003: 2465) leiavad, et esmatasandi efektiivsus on pärast reformide sisseviimist kasvanud. Koppel *et al.* (2003: 2465) leiavad lisaks, et on toimunud liikumine ka finantsilise stabiilsuse poole. Leedu esmatasandi süsteemi hindamisel täheldavad Liseckiene *et al.* (2012: 276) samuti efektiivsuse tõusu. Lisaks on Liseckiene *et al.* (2007: 105) hinnanud Leedu perearstide poolt pakutavate teenuste ulatust ning täheldanud perearsti poolt pakutavate teenuste lisandumist. Samas toovad Rechel ja McKee (2009) välja, et kõikides Nõukogu Liidu maades ei ole reformid toonud kaasa soovitud

tagajärgi. Habicht ja Kunst (2005) juhivad tähelepanu ka asjaolule, et Eestis peremeditsiini süsteemi loomisel oli peamine tähelepanu efektiivsuse suurendamisel ning võrdse teenuste ligipääsu tagamine jäi tahaplaanile. Seonduvalt täheldavad nad suuri sotsiaalseid ebavõrdsusi tervishoiuteenuste kasutamisel ning leiavad sellest lähtuvalt, et tuleb pöörata tähelepanu nende ebavõrdsuste vähendamisele süsteemis. Kokkuvõtvalt võib vaadeldavates endistes Nõukogu Liidu maades esmatasandi reformimise olulisema aspektina välja tuua perearstide lisandumise süsteemi ning sellega seonduvalt peremeditsiini alase õppe juurutamise. Teostatud reforme on mitmed analüüsid (Atun *et al.* 2006; Koppel *et al.* 2003; Liseckiene *et al.* 2007; Liseckiene *et al.* 2012) hinnanud positiivselt ning nende tulemusel võib täheldada süsteemi efektiivsuse tõusu.

Mitmeid tervishoiualaseid reforme on läbi viidud ka endistes sotsialismimaades (vt tabel 3 lk 33 ja lisa 3 lk 71–73). Üheks suunaks on olnud kvaliteedi, patsiendi valikuvabaduse ja konkurentsi tõstmine erastamisega tervishoius. Albreht ja Klazinga (2009) vaatlevad Sloveenia tervishoiusüsteemi erastamise organisatsioonilist poolt (õigusliku aluse panemine erapraksiste asutamiseks) ja rahastamise poolt ehk omaosaluse suurendamist rahastamises. Nad nendivad, et kui erakulutused tervishoiule on märkimisväärselt suurenenud, siis tervise infrastruktuuri erastamine on olnud limiteeritud. Poolas prooviti erapakkumist stimuleerida universaalset tervisekindlustust haldavate ravikindlustusfondide loomisega 1999. aastal (Filinson *et al.* 2003: 386). Ravi kvaliteedi parandamist Usbekistanis on oma analüüsis käsitlenud Asadov ja Aripov (2009). Kvaliteedi parandamise meetmena nähti 2000. aastal alanud reformis ette tõenduspõhise meditsiinipraktika levitamist. Asadon ja Aripov nendivad aga, et tõenduspõhise meditsiini aluste sisseviimine arstiõppesse on takerdunud teaduskonna juhtide nõrga toetuse taha. Ulatuslikke reforme on tehtud ka Serbias. Simić *et al.* (2010) toovad reformi eesmärkidenä välja patsiendikesksuse ja ennetusteenuste suurendamist ning üldarstidele finantsiliste ajendite loomist. Olulisteks tegevusteks olid sealjuures pearaha süsteemi sisseviimise ettevalmistused, ennetusosakondade loomine esmatasandi keskustesse ja arstidele patsientide nimistu loomine. Simić *et al.* (2010: 161) hinnangu kohaselt on nii Serbia esmatasandi tervishoiusüsteemi alloktiivne efektiivsus kui finantsiline jätkusuutlikus

paranenud ning tehniline jätkusuutlikus on jäänud peaaegu muutumatuks. Kokkuvõtvalt on endistes sotsialismimaades ellu viidud mitmekülgseid reforme: stimuleeritud erastamist organisatsioonilistes või rahastamisega seotud aspektidest, proovitud kvaliteeti parandada tõenduspõhise meditsiinipraktika juurutamisega, üritatud kinnistada patsiendikesksust jm aspekte.

Endiste Nõukogude Liidu maade kõrval, kelle tervishoiusüsteemi reformimise üheks oluliseks osaks oli peremeditsiini juurutamine, on võib ka Lääne-Euroopas välja tuua esmatasandi arstidega seotud uute mudelite kasutusele võttu (vt ka tabel 4 lk 34). Groenewegen *et al.* (2013: 172–173) vaatlevad Saksamaal 2004. aastal tutvustatud perearsti mudeli kasutuselevõttu (vt lisa 3 lk 71–73). Saksamaal ei ole üldarstidel n-ö väravavahi süsteemi, st patsient võib pöörduda ükskõik millise eriarsti poole ilma, et ta vajaks üldarsti saatekirja. Uue kasutusele võetud mudeliga liitumine on vabatahtlik nii perearstidele kui patsientidele. 2007. a oli mudeliga liitunud ligikaudu 18% rahvastikust. Mudeliga liitunud arstidel moodustuvad nimistud ning liitunud patsiendid vajavad eriarsti poole pöördumiseks perearsti saatekirja, st mudeliga liitunud patsiendid ei saa enam otse eriarsti poole pöörduda. Perearsti mudeli tutvustamise vajadus tuleneb püüdest suurendada ravi järjepidavust (üks arst jälgib inimese terviseseisundit) ning esmatasandi arsti väravavahi rolli. Arstide jaoks on mudeliga liitumise peamiseks stiimuliks lisanduvad hüvitised, patsientidel oli kuni 2013. a ajendiks väiksem omaosaluse määr. Groenewegen *et al.* (2013: 172–173) toovad aga välja, et mõju patsiendi rahulolule ja ravi kvaliteedile on olnud väga väike. Probleemiks võib siinkohal osutada ka see, et perearstide poolne suunamine on olnud vaid formaalne ning pole kinnistanud perearsti n-ö väravavahi rollis. Sarnase mudeli toovad Groenewegen *et al.* (2013: 173) välja ka Prantsusmaa kohta: 2006. aastal tutvustati Prantsusmaal „eelistatud arsti” mudelit. Ka selle mudeliga liitumine on vabatahtlik ning arste ja patsiente peaks selleks ajendama majanduslikud stiimulid. Kokkuvõtvalt on näha, et peremeditsiini sisseviimine esmatasandi tervishoidu ei ole ainult endistes Nõukogude liiduvabariikides iseseisvumisjärgses tervishoiureformi vahend, vaid on leidnud käsitlust ka Lääne-Euroopas.

Lisas 3 (lk 72–73) ja tabelis 4 eristuvad järgmise grupina reformid, mille põhirõhk on just tervishoiuteenuste kättesaadavuse ebavõrdsuse vähendamisel. Hefford *et al.* (2005) vaatleb ebavõrdsuse vähendamist Uus-Meremaal. Oluline on siinjuures just patsiendi omaosaluse vähendamine teenuste eest tasumisel. Ühe reformi osana loodi esmatasandi tervise organisatsioonid (*primary health organisations*), lühidalt PHOd, mis kujutavad endast mittetulundusühingud, mis ühendavad esmatasandi tervisetöötajaid ning mille kaudu toimub PHOdesse kuuluvate patsientidele tervisteenuste pakkumise rahastamine. PHOde kaudu toimuv rahastamine võimaldab teenusepõhise tasu asemel kasutada pearahapõhist rahastamist. Hefford *et al.* (2005: 9) annavad reformile eduka hinnangu: üle 400000 inimesele on tagatud parem juurdepääs esmatasandi hüvedele.

Ebavõrdsuse vähendamisest on pärast perearstipraksiste kooperatiivide loomist mõningaid tõendeid ka Šotimaalt (Simoens, Scott 2005). Ebavõrdsuse vähendamiseks on seega antud näidete põhjal kasutatud peamiselt organisatoorseid vahendeid. Organisatsioonide loomisega on seotud ka kolm järgnevat uuringut, mille ülevaade on toodud ära lisas 4 (vt lk 74) ja tabelis 4 (vt lk 34). Uus-Meremaal loodud uusi riiklike institutsioone eesmärgiga paranda koordineerimist ja planeerimist IT, kvaliteedi, teenuste efektiivsuse ja halduskulude vähendamise valdkonnas (Gauld *et al.* 2012). Austraalias loodi aga perearste kohalikul tasandil esindavad organisatsioonid, mis on tegelenud kvaliteedi parandamise, multidistsiplinaarsete meeskondade laienemisega, integratsiooni, infotehnoloogia vastuvõtmise ning ravile parema juurdepääsu tagamisega (Nicholson 2012).

Viimase grupi reformide analüüsides moodustavad Hiina esmatasandi süsteemi reforme käsitlevad teosed (vt ka tabel 4 lk 34). Lühülevaade antud analüüsides paikneb lisas 5 (vt lk 75). Hiina esmatasandi reformide peamine eesmärk on esmatasandi teenuste kättesaadavuse suurendamine. Reformidega soovitakse suurendada tervisteenuste kasutust esmatasandil ning luua olukord, kus haiglasse pöörduetakse vaid tõsisimate probleemidega, et hoida kokku kallite ressursside kasutust tervishoiu sekundaarsel tasemel. Antud probleemi lahendamisel on olnud üheks põhiliseks meetmeks esmatasandi tervisekeskuste loomine. Planeeritud mudelis kuuluvad esmatasandi keskuste funktsioonide hulka lisaks arstiabile terviseedendus- ja ennetusteenused, seksuaalkasvatus ja rehabilitatsiooniteenused.

Valitsuse omandis olevad tervisekeskused luuakse varasematesse haiglahoonetesse. Oluliseks meetmes on ka tervisekindlustusega kaetuse suurendamine, kuna 2007. aasta andemete kohaselt ligikaudu 40% esmatasandi keskustest ei ole tervisekindlustusskeemiga kaetud, mis tähendab seda, et selle keskuse teenuste kasutamisel ei saa patsiendid hüvitist. Esmatasandi teenuste kasutuse suurendamine on olnud senini problemaatiline. Ambulatoorsete visiitide arvu oluline tõus piirkonna tasemel, kuid mitte esmatasandi tervisekeskustes (CHC-des) näitab, et tervisekeskused ei suuda tõmmata haiglatest endale patsiente. Samuti leitakse, et tegevuse madal efektiivsus CHC-de rajamise ja reformimise vallas võib viia esmatasandi süsteemi pikemaajalisse finantsrisiki olukorda. Lisaks võib esmatasandi teenuste vähese kasutuse põhjus tuleneda ka asjaolust, et patsient ei tunneta, et teenus oleks ohutu. Yip ja Hiaso leiavad siiski, et tehtud muutused on positiivsed, kuid ei kõrvalda ära Hiina tervishoiusüsteemi ebaefektiivsusprobleeme, nagu pakkujate suur killustatud ja ajend pakkuda üle kalleid teenuseid. Hiina esmatasandi reformi keskmes on seega tahtmine suurendada esmatasandi teenuste tarbimist, et tarbitaks vähem kalleimaid haiglas pakutavaid teenuseid, ja tagada inimestele esmatasandi teenuste optimaalne kättesaadavus. Oluline on siinjuures uute esmatasandi tervisekeskuste rajamine varasematesse haiglahoonetesse ja tervisekindlustusega kaetuse suurendamine. (Yip, Hsiao 2009; Zhang *et al.* 2011; Bhattacharyya *et al.* 2011; Liu *et al.* 2011)

Käesolevas peatükis selgusid varasemate esmatasandi tervishoiusüsteemi reformidega seotud olulisemad aspektid. Esmalt keskenduti reformidele, mis käsitlevad erinevate esmatasandi teenuse osutajate koondumist ühistesse keskustesse. Tervishoiutöötajate koondumine ja meeskondade loomine on toonud positiivseid tulemusi: paranenud ravikvaliteedi krooniliste haiguste juhtimisel ning teenuseosutajate suurenenud võimalused teadmiste vahetuseks ja sellest tulenev suurem kindlus ravimisel. Teise grupi reformide analüüsist moodustavad endistes Nõukogu Liidu maades pärast iseseisvumist tehtud reformide analüüsid. Endistes Nõukogu Liidu maades saab esmatasandi reformimise olulisema aspektina välja tuua perearstide toomise süsteemi ning sellega seonduvalt peremeditsiini alase õppe juurutamise. Teostatud reforme on üldjoontes hinnatud positiivselt ning nende tulemusel võib täheldada süsteemi efektiivsuse tõusu. Kolmandasse

reformide käsitlevate analüüside gruppi kuuluvad endised sotsialismimaad. Antud riikides on elluviidud reformid üpris mitmekülgsed, kaasates näiteks erastamise stimuleerimist organisatsioonilistes või rahastamisega seotud aspektidest, kvaliteedi parandamist tõenduspõhise meditsiinipraktika juurutamisega, ja patsiendikesksuse kinnistamist. Endiste Nõukogu Liidu maade kõrval võib võib peremeditsiini juurutamise katseid näha ka ka Lääne-Euroopas mõningate esmatasandi arstidega seotud uute mudelite kasutusele võtu puhul. Esmatasandi reformide puhul saab välja tuua ka neid, mille eesmärgiks on ebavõrdsuse vähendamine ning reformid, kus esikohal organisatsioonilised muutused. Viimaseks tuleb ära märkida Hiina esmatasandi tervisesüsteemi reformid, kus põhirõhk on esmatasandi teenuste tarbimise suurendamisel esmatasandi tervisekeskuste rajamise kaudu.

### **3. ESMATASANDI TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAJATEGA LÄBIVIIDUD INTERVJUUD JA ESMATASANDI KORRALDUSE ETTEPANEKUD**

#### **3.1. Eesti esmatasandi tervishoiuteenuste osutajatega läbiviidud intervjuud**

Eelnevas alapeatükis selgitati esmatasandi tervishoiuga seonduvaid reforme ja nende tulemusi kajastavaid uuringuid. Käesolevas alapeatükis antakse esmalt ülevaade esmatasandi tervistöötajatega läbiviidud intervjuude metoodikast ning seejärel analüüsitakse intervjuude tulemusi.

Eesti ekspertide arvamuse kajastamiseks kasutatakse käesolevas töös TÜ sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskuse RAKE poolt uurimisprojekti „Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine” raames esmatasandi tervisetöötajatega läbi viidud intervjuusid. Kokku intervjueeriti seitset erinevat tervishoiutöötajat: Eesti Perearstide Seltsi esindajat, iseseisvat koduõendusabi pakkuva ettevõtte esindajat, Eesti Ämmaemandate Ühingu esindajat, Eesti Taastusraviarstide Seltsi esindajat, Eesti Naistearstide Seltsi esindajat, Eesti Füsioterapeutide Liidu esindajat ja väikehaigla kui Hooldusravi Osutajate Ühenduse esindajat. Intervjuueeritavate valimisel ja intervjuu küsimuste koostamisel lähtuti esmatasandi tervishoiu arengukavast (2009), mille alusel peaks esmatasandi põhiteenuste (perearsti ja -õe, koduse õendusabi, füsioteraapia ja ämmaemandusabi teenused) osutamine toimuma esmatasandi tervisekeskuses. Sellest tulenevalt on intervjuude põhirõhk just nende spetsialistide koondumise võimalusel ühtsetesse keskustesse ja spetsialistide enda nägemusel sellega kaasnevatest võitudest ja kahjustest. Perearstide esindajal on laiem

nägemus kogu süsteemist, arvestades perearstide keskset rolli esmatasandis. Ämmaemandate esindaja ja naistearstide esindaja on kaasatud kui ämmaemandusabiteenuse eksperdid. Taastusravi arstil ja füsioterapeutide esindajal on ekspertkogemus füsioteraapiateenusega seotud küsimustes. Koduõdede ja väikehaigla esindajal on teadmised koduõendusabiga seotud küsimustes. Intervjuude teemad on ära toodud lisa 7 (vt lk 77). Autor keskendub järgnevas analüüsis esimesele kolmele alateemale jättes vaatluse alt välja teenuste ajakulu ja vajalike seadmete ja ruumide küsimuse.

Esimesed kolm alateemat, millele autor keskendub, on:

1. Ämmaemanda/füsioterapeudi/koduõe koht tervisekeskuses. Tema vajadus esmatasandil tervisekeskuses asuda ja sellega kaasnevad positiivsed ja negatiivsed küljed. Parim organisatsiooniline mudel.
2. Koduõe/perearsti/pereõe/füsioterapeudi/ämmaemanda üksteisega asendatavuse võimalus ja sellega kaasnevad positiivsed ja negatiivsed küljed.
3. Patsientide liikumine esmatasandi tervisekeskusest välja, seosed esmatasandi terviseteenuste osutajate ja eriarsti vahel ning selle ideaallahendused.

Esmalt analüüsib autor ämmaemandate esmatasandil asumisega seotud asjaolusid ning seejärel füsioterapeutide ja koduõdedega seotud aspekte. Ämmaemandusabiteenusega seotud asjaoludele selgitasid oma nägemust ämmaemandate, perearstide ja naistearstide esindajad.

Ämmaemanda asumisest tervisekeskuses puhul leiavad nii ämmaemand, perearst kui naistearst, et ämmaemandate asumine tervisekeskuses oleks mõttekas just ambulatoorse ämmaemandusabi katmata vajadusest tulenevalt. Ämmaemandate esindaja leiab, et esmatasand vajab ämmaemandusteenust väga just raseduse jälgimise ja sünnitusjärgse teenuse puhul. Praegusel juhul on sünnitusjärgne teenus ämmaemandusabi probleemiks, sest teenus on väga lapsekeskne ja naise hakkamasaamisele ei pöörata erilist tähelepanu. Ka naistearstide esindaja rõhutab praegust puudulikku sünnitusjärgset naise jälgimist ja leiab, et selles valdkonnas oleks vajadus ämmaemandusabi teenuse järele suur. Lisaks leiab ta, et normaalse raseduse jälgimine võiks toimuda ämmaemanda poolt, mis jällegi suurendaks ambulatoorse ämmaemandusteenuse vajadust. Perearstide esindaja rõhutab

ämmaemandusteenuse ambulatoorse osutamise puhul just sünnituseelset nõustamist. Naistearst toob esile ämmaemandate paiknemisel esmatasandi keskustes geograafilise kättesaadavuse olulisuse. Kui viia normrasedate jälgimine üle ämmaemandate töövaldkonda, siis saaks rase teha suure osa oma 10–12 visiidist kodule lähedamal tervisekeskuses ilma, et oleks vajadust sõita naistearsti vastuvõtule suuremasse keskusesse. Intervjuudest tulenevalt on seega kaks peamist põhjust, miks ämmaemandusabi pakkuda esmatasandil tervisekeskuses, praegune ambulatoorse ämmaemandusabi (sh naiste sünnitusjärgse jälgimise) katmata vajadus ja geograafiline lähedus, mis on oluline korduvate visiitide suure arvu tõttu.

Kui ämmaemandate esindaja pooldab ka noortenõuandlate koondumist esmatasandi keskustesse, siis naistearstide esindaja toob siinkohal ära konfidentsiaalsusprobleemi ehk leiab, et noored ei kasutaks teenuseid, mis asuvad perearstide ja teiste esmatasandi osutajatega ühisel pinnal. Sellest lähtuvalt rõhutab naistearst, et noortenõustamine seksuaaltervise alal peaks kindlasti jääma eraldi keskustesse.

Organisatsioonilise mudeli puhul leiab ämmaemandate esindaja, et see võiks jääda paindlikuks ehk ämmaemandaid ei pea tingimata organisatoorselt ühendama perearstikeskustega, vaid võib olla vaid ka ainult ruumiline koospaiknemine. Siiski leiab ta, et tehniliselt lihtsam oleks pakkuda teenuseid ühe organisatsiooni all. Ämmaemandate esindaja rõhutab eriti ämmaemandusabi personali võimekust ja tahet iseseisvalt teenust osutada.

Ämmaemanda ja naistearstide vahelise koostöö kohta leiab naistearstide esindaja, et arsti ja ämmaemandate keskuste hierarhia võiks olla territoriaalselt määratud ehk see kuhu naine ämmaemanda poolt edasi suunatakse peaks olema määratud. Siiski leiab ta, et ämmaemand ei pea olema üheselt seotud kindla naistearstiga, pigem aga kindla haiglaga. Ta rõhutab, et arsti ja ämmaemanda vahel peaks väga tugev suhe igal juhul säilima, kuid leiab, et naistearsti ja ämmaemanda asumine eri asulates probleeme ei tekita.

Ämmaemandate esindaja rõhutab, et pigem võiks koos töötada mitu ämmaemandat, sest sellisel juhul oleks puhkuste ajal üksteist lihtsam asendada. Samas oleks

ämmaemandusteenuse asumisel esmatasandi keskuses võimalik ka variant, et perearst asendab ämmaemandat. Perearstide esindaja toob välja, et ämmaemandusabiteenuse ambulatoorse osutamise puhul sünnituseelset nõustamine võib toimuda ka pereõe poolt. Seega nähakse ämmaemandal esmatasandi tervisekeskuses asendatavuse võimalusi perearsti ja pereõega.

Järgnevalt analüüsitakse füsioteraapia teenuse vajadust esmatasandil, füsioterapeutidele parimat organisatsioonilist mudelit, füsioterapeudi seoseid teiste esmatasandi tervisekeskuse teenuseosutajatega samalt ja teistelt erialadelt ning tema seoseid taastusravi arsti ja haiglagaga. Füsioteraapiateenuse suurimat potentsiaali esmatasandi keskustes näevad nii füsioterapeutide kui taastusraviarstide esindajad samuti esmatasandi vajaduse katmises. Füsioterapeutide esindaja toob välja, et praegusel hetkel ei ole esmatasandil füsioteraapiateenust muidu kui ainult erapraksistes. Ambulatoorset füsioteraapiateenust, mis olemuselt kuulub esmatasandisse, pakutakse ainult suurtes linnades kohalikele elanikele. Taastusraviarstide esindaja sõnul soovivad taastusraviarstid samuti füsioteraapiateenuste arendada, kuna hetkel on teenuse pakkumine liiga väike ja koondunud haiglate ja polikliinikute juurde. Samas on suures ulatuses üldist füsioteraapiat, mis ei nõua väga keerulisi protseduure ning mille vajaduse ulatus ei ole hetkel kaetud. Füsioteraapia teenuse juures peavad nii füsioterapeutid kui taastusraviarstid sarnaselt ämmaemandusabiga oluliseks geograafilise kättesaadavuse parandamist, kuna füsioteraapia teenuse kasutamine on korduv. Kokkuvõtvalt peavad mõlemad osapooled esmatasandi füsioteraapiateenuse väljaarendamist vajalikuks sammuks.

Füsioterapeutide esindaja leiab, et füsioterapeutid peaksid organisatsiooniliselt ja õiguslikult kuuluma eraldiseisvasse üksusesse. Eraldiseisev üksus annab füsioterapeutidele suurema kontrolli oma tegevuse üle. Samuti võimaldab ta piiratud ressursside tingimuses osutada ka tasulisi teenuseid, olles teenuse osutamiseks partneriks ka keskusele. Selleks peaks aga looma võimaluse füsioteraapiapraksise ja teenuse rahastaja ehk haigekassa vahelise lepingu loomiseks, mida praegu ei eksisteeri. Füsioterapeutide tegutsemisel tervisekeskuses eraldiseisva organisatsioonina näeb füsioterapeutide esindaja negatiivse poolena halduskulude tõusu. Kokkuvõtvalt ei välistaks füsioterapeutide esindaja

füsioterapeutide tegutsemist esmatasandi tervisekeskuse ühtse organisatsiooni all. Taastusravi arstid toovad esmatasandil tegutsevate füsioterapeutide organisatsiooniliste mudelitena välja kolm teoreetilist varianti: kohalik spetsialist on seotud suurema keskusega, füsioteraapia praksis on iseseisev, on seotud esmatasandi tervisekeskusega. Taastusraviarstid leiavad, et paremateks variantideks on kas iseseisev või tervisekeskusega seotud füsioterapeut, kuna sellisel juhul on füsioterapeudi vastutus suurem. Samas esineb iseseisva teenuse osutamise juures probleem, et füsioterapeutid ei saa hariduse käigus piisavalt üldisi teadmisi haigustest, ei pruugi seega olla pädevad mõistma muid terviseprobleeme ja vajaks arstlikku nõuannet. Füsioteraapiateenuse osutamise organisatsioonilise alusena nähakse seega erinevaid variante, mille puhul nii taastusraviarstid kui füsioterapeutid toovad välja positiivseid ja negatiivseid aspekte.

Füsioterapeutide koostöös teiste esmatasandi tervisekeskuse töötajatega näeb füsioterapeutide esindaja mitmeid võimalusi. Perearstiga koostöö võimalusi nähakse näiteks röntgenpiltide tegemise ja üldise meditsiinilise kompetentsi kasutamises. Füsioteraapias ei ole röntgenpiltide oskusi ja õigusi – see oskus on liigese ja lülisamba probleemide puhul oluline – see võiks olla koostöös perearstiga. Ka kõik muud patsiendi meditsiinilisest seisust tulenevad küsimusi võidakse konsulteerida perearstiga. Leitakse, et meditsiiniline kompetents käegakatsutavas ulatuses on mõistlik, kuna perearstil on laiem taust. Pereõega koostegutsemise võimalusena näeb füsioterapeutide esindaja laste jälgimist. Laste füsioterapeut saaks selles vallas olla kasuks, aidata lapse motoorse arengu hindamist teostada, et oleks see paremal tasemel kui praegu, kuna praegu esineb juhtumeid, kus taastusravisse jäädakse hiljaks. Meeskonnatöö on eriti oluline keerukamate juhtumite puhul, nt kasvuraskustega lapsed. Füsioterapeutide esindaja tõstatab esmatasandi tervisekeskuse töötajate vajaduse teha koostööd ka sotsiaaltöötajaga. Koduõendusteenuse pakkujaga füsioterapeudil teenuse sisu mõttes kattuvusi ei ole, v.a täislamava patsiendi puhul. Samas ka puudub füsioterapeutide esindaja hinnangul õdedel kompetents füsioteraapiateenuse osutamiseks. Ideaalis näeb füsioterapeutide esindaja vähemalt kahe füsioterapeudi (laste ja täiskasvanute terapeudi) olemasolu tervisekeskuses. Taastusraviarstide esindaja leiab samuti, et tervisekeskuses võiks olla eraldi laste

füsioterapeute. Füsioteraapiateenuse osutajal nähakse seega mõningaid koostöö võimalusi esmatasandi teenuste osutajatega, täpsemalt perearsti ja pereõega. Koostöövõimalusi koduõdede ja ämmaemandatega eriti ei nähta.

Nii füsioterapeutide kui taastusraviarstide esindajad leiavad, et seosed taastusraviarsti ja esmatasandi füsioterapeudi vahel jäävad ka juhul, kui füsioterapeudid paiknevad eraldi. Taastusraviarstide sõnul tuleks suuremat tähelepanu pöörata saatekirjade vormistamisele füsioterapeutidele, kus oleks ka kirjas füsioteraapia eesmärk. Lisaks tuleks paremini läbi mõelda info liikumine: peaks olema reglement, mis sätestaks kohustusliku tagasiside taastusraviarstile. Samas pakuvad füsioterapeudid välja idee esmatasandi füsioteraapiateenusele otserahastamise loomise võimalusest, mis võimaldaks ka pöörduda otse füsioterapeudi poole. Taastusraviarstid ei pea sellist lahendust aga heaks variandiks, kuna leiavad, et füsioterapeutidel ei ole süsteemi koordineerimiseks piisavalt kompetentsi. Samas toetab ideed perearstide esindaja, kes näeb vastava otseskeemi kinnistamisel olulist võitu ajakulus. Füsioterapeutidel jääb seega ikkagi tugev side taastusravi arstiga. Patsiendi võimalustes otse füsioterapeudi juurde suunduda jäävad erinevad teenusepakkujad eri seisukohtadele.

Järgmisena vaadeldakse koduõe teenuse osutamise vajadust, selle sobitumist esmatasandi tervisekeskustesse ning koostöö ja asendatavuse võimalusi teiste esmatasandi terviseteenuste osutajatega. Koduõdede esindaja nendib, et teenuse jaotus on ebaühtlane, kui toob samas välja puudusi koduõdede koondumisel tervisekeskustesse ning leiab, et see võib olla variant piirkonnas, kus teenuse kättesaadavus on väga madal, kuid mitte suuremates linnades. Suurimaks probleemiks on siinjuures üksiku koduõe tegevus tervisekeskuses, mis juhul tal ei ole võimalik teiste koduõdedega koostööd teha. Koduõdede koostöötamise paremusena toob koduõdede esindaja välja selle, et koduõdedel on võimalik üksteist igal ajal asendada, mis on eriti oluline just puhkuste puhul. Koduõenduses on tihti ja just töövõtulepingute puhul sisse kirjutatud asjaolu, et kui võtta puhkust või minna haiguslehele, et siis teine õde võtab kliendid üle ja teenindab need samal ajal. Ja kui koduõde jälle tagasi tuleb, siis antakse kliendid üle. Lisaks peab koduõdede esindaja suureks plussiks kollektiivis olevate erinevate kogemustega õdede võimalust

omavahel erialaselt nõu pidada. Osadel koduõedel on suurem kogemus onkoloogiliste haiguste vallas, teistel kirurgiline kogemus, mõnedel jälle sisehaiguste nagu reuma ja diabeedihaigetega seotud kogemused ning osadel koduõdedest südamehaigetega seotud kogemused. Koduõdede esindaja sõnul pole võimalik, et üks õde valdab kõiki teemasid. Koduõdede esindaja ei näe ka varianti, et koduõdedele pakuvad sarnast toetust ja vajadusel asendamist esmatasandi keskuses töötavad pereõed. Tähtsaimaks peab ta siin pereõe kliinilise kogemuse puudumist. Ka väikehaigla esindaja leiab, et pereõdedel pole koduõendusteenuse pakkumiseks vajalikku statsionaaris töötamise kogemust.

Lisaks näeb koduõdede esindaja koduõendusteenuse ühendamisel esmatasandi tervisekeskusesse ohuna ka liigse juhtimisteenuse tekkimise perearstide poolt. Pigem nähakse ennast perearstide koostööpartneritena, kuid koordineerimist vajavate üksustena. Lisaks võimaldab koduõdede eraldiseisvus luua laiema koostöövõrgustiku. Koduõdede esindaja toob välja, et kui koduõendusfirma ei sõltu konkreetselt ühestki perearstikeskusest, siis annab see hästi laia võimaluse luua selline võrgustik kus on erinevad koostööpartnerid (vasoloogid, endokrinoloogid, kirurgid, perearstid), kes arvestavad koduõdedega kui võrdsete partneritega.

Ka väikehaigla esindaja ei pea üksiku koduõe esmatasandi tervisekeskusesse paigutamist mõttekaks. Probleemidega toob ta sarnaselt eelnevale välja koduõe piiratud kompetentsi. Eeskujunäitena toob ta Soome, kus piirkonna koduõe tulevad kureerivasse keskusesse, kus on ka juhendavad õed, kokku. Väikehaigla esindaja seisukoht on, et selleks, et säiliks kvaliteet ja oleks koordineerimine, peaks koduõde olema seotud statsionaarse õendusabiteenusega. Lisaks toob ta välja, et perearstidel jääb puudu kompetentsist koduõdede juhendamisel. Samas leiab väikehaigla esindaja, et peale õendusabikeskustega seotud koduõenduskeskuste võivad suuremates linnades olla ka koduõenduskeskused.

Koduõed ise ja väikehaigla esindajad koduõdede viimist esmatasandi tervisekeskusesse seega ei poolda. Olulisemad põhjendused on siinjuures suurema hulga koduõdede koos töötamisega kaasnev võimalus üksteist asendada ja teadmiste vahetus erinevate

kogemustega õdede vahel. Antud efekti ei suuda pereõega koostöö tegemine anda viimase kliinilise kogemuse puudumise tõttu.

Kokkuvõtvalt võib erinevate esmatasandi terviseteenuste osutajate intervjuude põhjal öelda, et erinevad osapooled peavad ämmaemandusabi andmist esmatasandil vajalikuks praeguse ambulatoorse ämmaemandusabiteenuse (sh naiste sünnitusjärgse jälgimise) vajaduse katmatuse pärast. Teiseks olulises põhjuseks on geograafiline lähedus, mis on oluline korduvate visiitide suure arvu tõttu. Organisatsioonilise mudeli poolest võiksid esmatasandil ämmaemandusteenuse osutajad jääda paindlikuks. Naistearstide esindaja leiab, et ämmaemandate keskuste hierarhia võiks olla territoriaalselt määratud ehk see kuhu naine ämmaemanda poolt edasi suunatakse peaks olema määratud. Ämmaemandal nähakse esmatasandi tervisekeskuses asendatavuse võimalusi perearsti ja pereõega.

Füsioteraapiateenuse pakkumist esmatasandil peetakse vajalikuks, kuna esineb suur hulk kergemaid füsioteraapiajuhtumeid, mille vajadus on praegu katmata. Samuti on esmatasandi tervisekeskustes asumise argumendiks füsioteraapiateenuse geograafilise kättesaadavuse olulisus, kuna nagu ambulatoorse ämmaemandusteenuse puhul on siingi tegemist korduva teenusega. Füsioteraapiateenuse osutamise organisatsioonilise alusena nähakse erinevaid variante, mille puhul nii taastusraviarstid kui füsioterapeudid toovad välja eeliseid ja puudusi. Füsioteraapiateenuse osutajal nähakse mõningaid koostöö võimalusi perearsti ja pereõega ning ei nähta neid koduõdede ja ämmaemandatega. Füsioterapeutidel peaks ka nende paiknemisel tervisekeskuses säilima tugev side taastusraviarstiga.

Koduõendusteenuse puhul esineb küll teenuse ebaühtlane kättesaadavus, kuid koduõdede paiknemise võimalust esmatasandi keskustes ei soosita, kuna suurema hulga koduõdede koos töötamisega kaasneb võimalus üksteist asendada ja teadmiste vahetus erinevate kogemustega õdede vahel, esmatasandi keskustes oleks koduõde aga üksi. Seda funktsiooni ei suuda täita ka pereõde, kuna tal puudub kliiniline kogemus. Lisaks nähakse koduõendusteenuse paiknemisel esmatasandi tervisekeskuses ohuna perearstide liigset kontrolli ja juhtimist.

## 3.2. Ettepanekud Eesti esmatasandi tervishoiuteenuste korraldamiseks

Eelmises alapeatükis analüüsiti esmatasandi terviseteeenuse osutajatega tehtud intervjuude tulemusi. Käesolevas alapeatükis antakse väliskogemusele ja intervjuudele toetudes ning käesolevas töös käsitletud eelnevaid teoreetilisi ja Eesti olukorraga seotud asjaolusid silmas pidades soovitusi Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi korrastamiseks.

Esimeseks soovitusena on pakkuda füsioteraapiateenust ka esmatasandil kas tervisekeskustes või füsioterapeutide eraldi organisatsioonides. See aitaks katta praegust teenuse vajadust. Nii ekspertidega tehtud intervjuudest kui esmatasandi tervishoiu arengukavas (2009: 9–10) toodud probleemidest lähtuvalt on füsioteraapiateenuse kaetus ebapiisav ja ebahütlane. Füsioteraapiateenuse puhul ei ole välja kujunenud riiki hõlmavat võrgustikku, nagu seda on perearstivõrgustik, mis tagaks teenuse ühtlase kättesaadavuse. Teenuse asumine esmatasandil suurendaks selle geograafilist kättesaadavust. Soovitus lähtub ka alapeatükis 1.2. käsitletud hierarhiliste rajatiste nendest mudelitest, mille eesmärgiks on kaetuse suurendamine (vt lk 16). Füsioteraapiateenuse pakkumine esmatasandil vähendaks ka survet statsionaarsele taastusraviteenusele, mida praegu peetakse esmatasandi tervishoiu arengukavas (2009: 10) ambulatoorse taastusravi halva kättesaadavuse tõttu üheks teenusega seotud probleemiks. Väliskogemus näitab (vt alapeatükk 3.1.), et esmatasandi teenuseosutajate koondumise põhjuseks on tihtipeale soov luua multiprofessionaalseid meeskondi, selleks et suurendada koostööl põhinevat ravi. Seega, kuigi Eesti eksperdid ja hetkeolukorra analüüsijad näevad teenuste koondumise ajendina praegust teenuse ebapiisavat osutamist esmatasandil ja teenuse ebahütlast kättesaadavust, siis loob esmatasandi terviseteeenuste koondumine ka võimaluse ravi koordineerimiseks. Ravi koordineerimine ja suurem integratsioon on tulemuslik just krooniliste haiguste korral: nt Kanada peretervise meeskondades on täheldatud ravikvaliteedi paranemist vanemaalaste inimeste krooniliste haiguste juhtimisel (Hogg *et al.* 2009: 76; Rosser *et al.* 2010: 7). Füsioteraapiateenuse pakkumine teiste esmatasandi terviseteeenuste osutajatega (perearstide, ämmaemandatega) juriidiliselt ühtse

organisatsioonina ei ole praegusel juhul seadustest tulenevalt võimalik. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2001) § 14 kohaselt ei ole üldarstiabi osutaval ühingul õigust füsioteraapiateenust osutada. Seega peaks esmalt looma õiguslikud alused perearsti- ja füsioteraapiateenuse pakkumiseks ühise organisatsiooni all.

Teiseks ettepanekuks on, et tuleb kaaluda ämmaemandate tegutsemist esmatasandi keskustes esmatasandi ämmaemandusabi andmiseks. Esmatasandi teenustest oleks intervjuudest tuleneva eksperthinnangu alusel oluline just sünnituseelse normiraseda ja sünnitusjärgse naise jälgimine esmatasandil. Normaalse raseduse esmatasandil jälgimise osakaalu suurendamise vajadust on toonitatud ka esmatasandi tervishoiu arengukavas (2009: 9). Siinjuures oleks kasu märgatav just mediaan eesmärgiga hierarhilise mudeli alusel, kus eesmärgiks on transpordikulude vähendamine (vt lk 16). Kaugemal asuva naistearsti juures korduvalt käimisel on transpordikulu kindlasti suurem, kui lähema esmatasandi tervisekeskuse ämmaemanda külastamisel. Esmane külastus oleks rasedal ikkagi arsti juurde, kes suunaks normrasedad ämmaemandate juurde. Liikumismustrite koha pealt peaks siinjuures olema tegemist suunatud liikumisega (vt alapeatükk 1.2. lk 14). Ka siinkohal on eksperdid pidanud vajalikuks teenuse toomist esmatasandile, et suurendada teenuse osutamist. Samas lähtub väliskogemusest võimalus koostöö suurendamiseks erinevate esmatasandi teenuse osutajate vahel. Erinevate teenuseosutajate koondumine loob väliskogemuse põhjal ka võimaluse patsiendikesksemaks raviks (Oandasan *et al.* 2009: 151). Ämmaemandate asumine perearstidega ühes hoones suurendaks patsiendikesksust, kuna oleks võimalik saada erinevaid teenuseid ühes ja samas asukohas. Erinevate esmatasandi terviseteenuste osutajate koondumise üheks eesmärgiks võib Kanada peretervise meeskondade näitele tuginedes olla ka patsiendi abistamine tervishoiusüsteemis orienteerumisel (Meuser *et al.* 2006: 436), mis võib olla ka perearstide ja ämmaemandate koondumise üheks võimalikuks tagajärjeks. Süsteemi toimimist toetab hetkel see, et Eestis kehtivad õiguslikud alused, mis võimaldavad ambulatoorse ämmaemandusabi iseseisvat andmist. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2001) §-d 14 ja 26 sätestavad, et iseseisvalt võib ämmaemandusabi osutada nii sellekohase tegevusloaga äriühing, sihtasutus ja füüsilisest isikust ettevõtja ehk ämmaemand ükski kui ka üldarstiabi osutav äriühing ehk

ämmaemand võib tegutseda ka perearstiabi andva juriidilise organisatsiooni all. Seega puuduvad ämmaemandusabiteenuse toomisel esmatasandi tervisekeskusesse sarnased takistused, mis esinevad füsioteraapiateenuse puhul. See asjaolu kergendab kindlasti teenuse toomist tervisekeskusesse.

Kolmandaks soovitusena on, et naistearsti ja ämmaemandate keskuste hierarhia võiks olla territoriaalselt määratud ehk ämmaemand ei pea olema üheselt kindla naistearstiga seotud, pigem aga kindla haiglaga. Oluline on seega sidusa mudeli loomine (vt lk 14). Naistearsti ja ämmaemanda vaheline tugev suhe on oluline selleks, et probleemide tekkimisel raseduse ajal toimiks raseda jõudmine naistearsti juurde võimalikult operatiivselt. See soovitus on ka kooskõlas ohuga, et ämmaemandate koondumisel esmatasandi keskustesse halveneb ämmaemanda side naistearstiga.

Koduõendustegevuse koondumist esmatasandi keskustesse praeguste eksperthinnangute põhjal ei soovitaks. Enne tuleks leida lahendused üksiku koduõe keskuses paiknemisega seotud probleemidele. Koduõdede jaoks on oluline võimalus saada nõu erineva kogemusega teistelt õdedelt, kuna erinevate kaebustega patsiente on palju ja seetõttu on igal koduõel oma spetsialiseerumise valdkond. Lisaks on ohuks perearstide poolne liigse juhtimise tekkimine. Samas on esmatasandi tervishoiu arengukavas (2009: 5) probleemina toodud koduse õendusabiteenuse ebahühtlast ja ebapiisavat kättesaadavust, mis tuleneb kogu riiki hõlmava võrgustiku puudumisest. Seega tuleb leida võimalusi koduõendustegevuse kättesaadavuse suurendamiseks, kaotamata ära koduõdede koos töötamisest tulenevaid positiivseid asjaolusid. Tuleb märkida, et koduõendustegevuse puhul on samuti nagu ämmaemandustegevuse puhul on loodud õiguslikud alused teenuse erinevates vormides pakkumiseks. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2001) §-st 25 lähtuvalt võib iseseisvat õendusabi osutada sellekohase tegevusloaga äriühing, sihtasutus või füüsilisest isikust ettevõtja. Sisuliselt tähendab see, et koduõendustegevust võib osutada koduõde FIE-na, koduõde kuuludes juriidiliselt perearstiabi andva ühingu alla, koduõde kuuludes sihtasutuse (nt väikehaigla) alla või mitu koduõde koos, moodustades selleks vastava äriühingu.

Teooriast tulenevalt tuleks ka kaaluda, kas kõikides esmatasandi tervisekeskustes peaks pakkuma samu teenuseid või võiks mõningal juhul olla aluseks hierarhiline pesastatud mudel (vt lk 14), kus suuremas keskkuses pakutakse lisaks väiksema keskuse teenustele ka lisanduvaid teenuseid. Erinevate teenusepakkujate (st perearstide, füsioterapeutide ja ämmaemandate) koondumine vähendaks ka esmatasandi tervishoiu arengukavas (2009: 5) toonitatud probleemi erinevate teenuseosutajate asendajate leidmisel haigestumiste, puhkuste jms korral. Samuti vähendaks teenuseosutajate koondumine perearstide suurt administratiiv- ja halduskoormust, mida praegu seostatakse eelkõige üksikpraksistega.

Selleks, et vaadelda esmatasandi terviseteenuste korraldamiseks tehtud nelja ettepaneku elluviimisega kaasneva võivaid tugevusi, nõrkusi, võimalusi ja ohte koostas autor SWOT-analüüsi tabeli (vt tabel 5). Tabeli 5 eesmärk on välja selgitada üldised soovitude elluviimisega kaasnevad asjaolud, mis osaliselt põhinevad eelnevatel esmatasandi osutajate intervjuude tulemustel, väliskogemusel, Eesti esmatasandi tervishoiu hetkeolukorral ja kehtivatel seadustel. Tuleb märkida, et joonisel on võrreldatavuse huvides toodud viimane ettepanek jaatavas vormis ehk vaadeldakse koduõenduse esmatasandi keskuses asumise tugevusi nõrkusi, võimalusi ja ohte. Tegelik ettepanek on siiski koduõenduse tervisekeskuses paiknemise vastane.

Tabelist 5 on näha, et kõigi nelja ettepaneku puhul on olemas mingid tugevused. Enamus tugevustest tuleneb eelnevast analüüsist, lisanduvaks tugevuseks oleks erinevate teenuseosutajate koondumisel võimalik halduskulude kokkuhoid.

Eelnevast analüüsist selgusid mitmed puudused koduõe paiknemisel esmatasandi keskuses, teiste ettepanekute koha pealt otseseid puudusi ei selgunud. Siiski võib eeldada mõningaid võimalikke probleeme teiste soovitude elluviimisel. Füsioterapeutide ja ämmaemandate eraldiseisvate organisatsioonide loomisel, kuid ka perearstiga ühise organisatsiooni loomisel ja haldamisel võib tulla puudu oskusteavest, nt ei pruugi vastavad isikud olla kursis erinevate õiguslike aspektidega. Siinjuures võib tekkida vajadus halduspersonali palkamiseks.

**Tabel 5.** Esmatasandi terviseteenuste korraldamise ettepanekute SWOT-analüüs (autori koostatud)

	<b>Füsioteraapia asumine esmatasandi tervisekeskuses</b>	<b>Ämmaemandusabi asumine esmatasandi tervisekeskuses</b>	<b>Naistearstide ja ämmaemand ate vaheline kindel hierarhia</b>	<b>Koduõenduse asumine esmatasandi tervisekeskuses</b>
<b>Tugevused</b>	Parandaks praegust ebapiisavat ja ebahühtlast teenuse kaetust. Vähendaks survet statsionaarsele taastusravile. Võimalik halduskulude kokkuhoid.	Kataks ambulatoorse teenuse vajadust. Teenuse parem geograafiline kättesaadavus. Võimalik halduskulude kokkuhoid.	Raseda jõudmine naistearsti juurde probleemide korral võimalikult operatiivne.	Vähendaks koduõendusteenu- se kättesaadavuse geograafilist ebahühtlust.
<b>Nõrkused</b>	Piisava oskusteave olemasolu organisatsioonide moodustamiseks ja haldamiseks. Erinevate teenuseosutajate koos paiknemisest tulenevad probleemid.	Kahe instutsiooni vahel liikumise probleemid. Oskusteave organisatsioonide moodustamiseks ja haldamiseks. Ämmaemanda asendamise võimalused üksikul paiknemisel.	Kahe asutuse liigne sõltuvus.	Ei ole võimalik vahetada teadmisi teiste koduõdedega erinevate valdkondade osas. Liigne perearsti kontroll. Koduõe asendamise võimaluse puudumine (pereõel pole vastavat kogemust).
<b>Võimalused</b>	Koondumine loob võimalused intergratsiooniks, mis on tulemuslik krooniliste haigetega tegelemisel.	Erinevate teenuseosutajate koondumine loob võimalus pakkuda patsiendikesksemat abi.	Patsiendikesksem abi, patsiendi mugavus.	Patsiendikesk- suse suurenemine. Suurem integratsioon, mis muudab krooniliste haigustega tegelemise tulemuslikumaks.
<b>Ohud</b>	Üldarstiabi osutaval ühingul ei ole õigust füsioteraapiateenust osutada.	Patsiendid ei pruugi uut süsteemi omaks võtta.	Patsiendi vabades teenuseosutaja- jat valida.	Patsiendid ei pruugi uut süsteemi omaks võtta.

Lisaks võivad tekkida probleemid ühiste ruumide ja vahendite kasutamisega. Näiteks ühekordsete meditsiiniliste tarvikute kasutamisel tuleb luua süsteem, mis arvestab iga esmatasandi terviseteenuste osutaja vajadusega, nii et kellelgi ei tuleks mingil hetkel vajalikust tarvikust puudu. Siinjuures kerkib esile probleem, et kelle vastutus on märgata uute tarvikute tellimise vajadust ning uusi tarvikuid tellida, kas selle jaoks on eraldi isik või vastutus on jaotatud mitme teenuseosutaja vahel. Ämmaemanda asumisel esmatasandi keskuses võib veel olla probleemiks tema vajadus ennast kahe organisatsiooni (esmatasandi keskuse ja haigla) vahel jagada.

Soovituste elluviimise võimalused tulenevad eelnevast väliskogemuse analüüsist. Võimaluseks on teenuste koondumisega kaasnev parem võimalus integratsiooniks, mis aitab pakkuda patsiendikesksemat ravi ja on tulemuslik krooniliste haigetega tegelemisel. Takistused soovituste elluviimisel tulenevad kas patsientide valikuvabadusest või seaduslikest piirangutest. Samas tuleb soovituste elluviimisel arvestada ka võimalusega, et patsiendid ei pruugi uue süsteemi teenuseid kasutama hakata, kuna nad usaldavad pigem suuremate haiglate poolt pakutavaid teenuseid, kui esmatasandi keskuses pakutavat.

Käesolevas alapeatükis tehti väliskogemuse ja intervjuude põhjal, käesolevas töös käsitletud eelnevaid teoreetilisi ja Eesti olukorraga seotud asjaolusid silmas pidades soovitusi Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi korrastamiseks. Esimeseks soovitusena on pakuda füsioteraapiateenust ka esmatasandil kas tervisekeskustes või füsioterapeutide eraldi organisatsioonides. Teisena soovitatakse ämmaemandate tegutsemist esmatasandi keskustes esmatasandi ämmaemandusabi andmiseks. Kolmandaks soovitusena on, et naistearsti ja ämmaemandate keskuste hierarhia võiks olla territoriaalselt määratud. Viimaks ei soovitata autor praegusel juhul koduõendustegevuse koondumist esmatasandi keskustesse enne kui pole lahendatud üksiku koduõe töötamisega seonduvad probleemid.

## KOKKUVÕTE

Euroopa riikide tervishoiusüsteeme saab üldjoontes jagada kaheks grupiks: Bismarcki mudelil põhinevad süsteemid ja Beveridge'i mudelil põhinevad süsteemid. Beveridge'i mudeli korral rahastatakse tervishoidu maksudega riigieelarvest ning pakutavad hüvised on universaalsed. Beveridge'i mudelil põhineb Suurbritannia, Rootsi, Itaalia, Hispaania, Taani, Soome tervishoiusüsteem. Bismarcki mudeli korral rahastatakse tervishoidu riikliku ravikindlustuse kaudu. Ravikindlustusfondidesse tehtavad sissemaksed sõltuvad sellisel juhul palgast. Bismarcki mudel on kasutusel Saksamaal, Prantsusmaal, Austrias, Šveitsis, Jaapanis ja Beneluxi maades. Ka Eesti tervishoiusüsteem põhineb rohkem Bismarcki mudelile.

Tervishoiuteenuseid pakuvate rajatiste võrgustiku loomisel saab tugineda hierarhiliste rajatiste asukoha mudelitele. Hierarhiliste rajatiste korral pakuvad erineva tasemel asuvad rajatised erinevat sorti teenuseid. Samas on erinevate taseme rajatiste vahel seosed, mistõttu ei ole võimalik nende asukoha leidmise probleemi igal tasemel eraldi lahendada. Hierarhilisi rajatiste mudeleid saab liigitada mitmete erinevate tunnuste järgi, näiteks liikumismustrid, eesmärk ja rajatiste võimsuspiirangud. Tunnuste erinevate alaliikide kombineerimisel moodustuvad erinevad hierarhiliste asutuste paiknemise mudelid. Mudeleid saab jaotada kolme erinevasse gruppi. Esimese grupi moodustavad liikumis- ehk voogudepõhised mudelid, kus põhirõhk on nõudlusega kaalutud kogukauguse minimeerimisel, arvestades samas klientide liikumissuundadega. Teise mudelite grupi moodustavad kaetusepõhised mudelid, mis jagunevad määratud ja maksimaalse kaetuse eesmärgi alusel. Kolmas mudelite grupp sisaldab suunamise ehk määratuse põhiseid mudeleid, mille puhul on oluline, et iga kindel nõudluskoht on määratud igal taseme asutustest täpselt ühele.

Eestis kuulub esmatasandi tervisteenuste hulka üheksa teenust: perearsti ja -õe teenused, koduse õendusabi teenus, füsioteraapia teenus, ämmaemandusabi teenus, koolitervishoiu teenus, apteegi teenus, töötervishoiu teenus, hambaravi teenus, vaimse tervise õe teenus. Peamisel kohal esmatasandi teenustest on perearsti ja -õe teenused. Perearstil on tervishoiusüsteemis kanda ka nn väravavahi roll. Esmatasandi tervisteenuste osutajad tegutsevad Eestis eraõiguslikel alustel. Erinevaid teenuseid võib osutada kas füüsilisest isikust ettevõtjatena, äriühingu kaudu ja/või sihtasutusena. Eestis on suur osa tervishoiust rahastatud avaliku sektori poolt. Suurim rahastamisallikas on haigekassa poolt organiseeritud kohustuslik ravikindlustus. Tervishoiutöötajate palk on määratletud töötaja ja tööandja vaheliste läbirääkimiste tulemusel, võttes arvesse kollektiivlepingutes sätestatud. Erandiks on perearstid, kelle sissetulek kujuneb haigekassalt saadud tulude ja praksise pidamise kulude vahena.

Eesti esmatasandi tervisteenuste korralduses on mitmeid probleeme. Suurimaks probleemiks on koduse õendusabi ja füsioteraapiateenuse ebapiisav kättesaadavus. Nende teenuste puhul ei ole välja kujunenud perearstivõrgustikuga sarnast riiki hõlmavat võrgustikku, mis tagaks teenuse ühtlase kättesaadavuse. Probleemiks on eraldi tegutsevatel teenuseosutajatel ajutiste asendajate leidmine haigestumiste ja puhkuste korral. Probleemidest tuleneb vajadus esmatasandi tervisteenuste korralduse muutmiseks.

Eestis ja välisriikides on püütud esmatasandi tervisteenuste korraldust paremaks muuta mitmete reformidega. Esiteks saab välja tuua reformid, mis erinevate esmatasandi teenuse osutajate koondumist ühistesse keskustesse. Sellistel reformidel on leitud olevat positiivseid tagajärgi: on paranenud ravikvaliteedi krooniliste haiguste juhtimisel ning on suurenenud teenuseosutajate võimalused teadmiste vahetuseks. Teise grupi moodustavad endistes Nõukogu Liidu maades pärast iseseisvumist tehtud reformid, mille ühiseks tunnuseks oli perearstide toomine esmatasandi süsteemi. Järgmine reformide rühm sisaldab endistes sotsialismimaades toimunud reforme. Välja saab tuua veel Lääne-Euroopas esmatasandi arstidega seotud uute mudelite kasutusele võtu, esmatasandi reformid, mille eesmärgiks on ebavõrdsuse vähendamine ning reformid, kus esikohal organisatsioonilised muutused. Viimaks saab välja tuua Hiina tervisesüsteemi reformid, kus põhitähelepanu on esmatasandi tugevdamisel esmatasandi tervisekeskuste rajamise kaudu.

Käesolevas töös analüüsiti esmatasandi terviseteenuse osutajate esindajatega läbiviidud intervjuusid. Intervjuudest selgus, et erinevad osapooled peavad ämmaemandusabi andmist esmatasandil vajalikuks, et katta ambulatoorse ämmaemandusabiteenuse (sh naiste sünnitusjärgse jälgimise) vajadust ja muuta teenuse kättesaadavus geograafiliselt ühtlasemaks. Leitakse, et see, kuhu asutusse naine ämmaemanda poolt edasi suunatakse, peaks olema määratud. Füsioteraapia osutamist esmatasandil on vajalikuks, sest suure hulga kergemate füsioteraapiajuhtumitega tegelemise vajadus on praegu katmata ja teenuse kättesaadavus on ebahütlane. Koduõendusteenuse puhul on samuti teenuse kättesaadavus ebahütlane. Koduõdede paiknemise võimalust esmatasandi keskustes ei soosita, kuna suurema hulga koduõdede koos töötamisega kaasneb võimalus üksteist asendada ja teadmiste vahetus erinevate kogemustega õdede vahel, mida esmatasandi keskuses üksi paikneval koduõel ei ole.

Viimaks andis autor väliskogemusele ja intervjuudele toetudes ning käesolevas töös käsitletud eelnevaid teoreetilisi ja Eesti olukorraga seotud asjaolusid silmas pidades soovitusi Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi korrastamiseks. Kokku tehti neli soovitus. Esiteks tuleks pakkuda füsioteraapiateenust ka esmatasandil kas tervisekeskustes või füsioterapeutide eraldi organisatsioonides. Peamisteks argumentideks on teenuse ebapiisav ja ebahütlane kättesaadavus. ning riiki katva võrgustiku puudumine. Lisaks vähendaks see muutus survet statsionaarsele taastusraviteenusele. Veel looks muudatus võimaluse suuremaks integratsiooniks terviseteenuse pakkumisel, mida seostatakse krooniliste haiguste parema juhtimisega. Teiseks soovitab autor ämmaemandate koondumist esmatasandi keskustes esmatasandi ämmaemandusabi andmiseks. Sellisel juhul kaetaks osa praeguseks sünnitusjärgse naise jälgimise vajadusest ning osutataks teenust geograafiliselt ühtlasemalt. Muudatus looks ka võimalused patsiendikesksemaks raviks. Kolmandaks soovitusel on, et naistearsti ja ämmaemandate keskuste hierarhia võiks olla territoriaalselt määratud. Sellisel juhul toimiks ohu korral raseda liikumine naistearsti juure võimalikult operatiivselt. Viimaks ei soovita autor koduõendusteenuse osutaja asumist esmatasandi tervisekeskuses, juhul kui enne pole lahendatud sellega seonduvad mured. Täpsemalt tekivad probleemid üksiku koduõe asumisega tervisekeskuses, kuna sellisel juhul ei ole tal

võimalust saada nõu erineva kogemusega teistelt koduõdedelt, kellel on igapäev oma spetsialiseerumise valdkond. Viimaks on probleemiks koduõele asendaja leidmine haigestumiste ja puhkuste korral, kuna pereõel ei ole selle rolli täitmiseks vastavat kompetentsi. Samas on koduõendusteenuse kättesaadavus hetkel väga ebahühtlane, mistõttu tuleks uurida teisi võimalusi kättesaadavuse parandamiseks.

Käesoleva töö tulemuste kasutamise üheks võimaluseks on nende kasutamine sisendina esmatasandi tervishoiu korraldust ning esmatasandi tervisekeskuste moodustamist puudutavate otsuste tegemisel. Kuna tehtavate muudatuste korral on oluline ka kui hästi nad rahva poolt vastu võetakse, on töö üheks edasiarendamise võimaluseks uurida kui vastuvõtlikud oleks patsiendid ettepanekute elluviimisele ning kui alati oleks nad kasutama esmatasandi tervisekeskuse teenuseid.

## VIIDATUD ALLIKAD

1. **Albreht, T., Klazinga, N.** Privatisation of health care in Slovenia in the period 1992–2008. – Health Policy, 2009, Vol. 90, No. 2–3, pp. 262–269.
2. **Asadov, D. A., Aripov, T. Y.** The quality of care in post-soviet Uzbekistan: are health reforms and international efforts succeeding? – Public Health, 2010, Vol. 123, No. 11, pp. 725–728.
3. **Atun, A. R., Menabde, N., Saluvere, K., Jesse, M., Habicht, J.** Introducing a complex health innovation—Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). – Health Policy, 2006, Vol. 79, pp. 79–91.
4. **Bhattacharyya, O., Delu, Y., Wong, S. T., Bowen, C.** Evolution of primary care in China 1997–2009. – Health Policy, 2011, Vol. 100, No. 2–3, pp. 174–180.
5. Bismarck versus Beveridge: A comparison of social insurance systems in Europe. CESifo DICE Report, 2008, Vol. 6, pp. 69–71
6. **Busol, C.** Health systems in the European Union. An overview. – Fiziologia - Physiology, 2010, Vol. 20, No. 2, pp. 5–7.
7. **Daskin, M. S.** Network and Discrete Location: Models, Algorithms, and Applications. John Wiley & Sons, 2013, 538 p.
8. Declaration of Alma-Ata. World Health Organization, 1978, 3 p. [[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)] 12.05.2014
9. Eesti Ämmaemandate Ühingu esindaja. Veiko Sepa intervjuu. Helisalvestis. Tartu, 04.11.2013
10. Eesti Füsioterapeutide Liidu esindaja. Veiko Sepa intervjuu. Helisalvestis. Tartu, 16.11.2013
11. Eesti Haigekassa 2014. aasta eelarve seletuskiri. Eesti Haigekassa, 32 lk. [[http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK\\_eelarve\\_2014.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK_eelarve_2014.pdf)] 18.02.2014

12. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse määrus nr 188, vastu võetud 27. detsembril 2013. aastal – Riigi Teataja I osa, 29.12.2013, art. 57. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/129122013057>] 18.02.2014
13. Eesti Naistearstide Seltsi esindaja. Veiko Sepa intervjuu. Helisalvestis. Tartu, 18.12.2013
14. Eesti Perearstide Seltsi esindaja. Veiko Sepa intervjuu. Helisalvestis. Tallinn, 24.10.2013
15. Eesti Taastusraviarstide Seltsi esindaja. Veiko Sepa intervjuu. Helisalvestis. Haabneeme, 13.12.2013
16. Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015. Sotsiaalministeerium. 2009, 25 lk. [[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Esmatasandi\\_arengukava\\_2009-2015.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Esmatasandi_arengukava_2009-2015.pdf)] 16.02.2014
17. European health for all database. WHO Regional Office for Europe. [<http://data.euro.who.int/hfad/>] 29.01.2014
18. **Farahani, R. Z., Hekmatfar, M., Fahimnia, B., Kazemzadeh, N.** Hierarchical facility location problem: Models, classifications, techniques, and applications. – Computers & Industrial Engineering, 2014, Vol. 68, pp. 104–117.
19. **Filinson, R., Chmielewski, P., Niklas, D.** Back to the future: Polish health care reform. – Communist and Post-Communist Studies, 2003, Vol. 36, pp. 385–403.
20. **Gauld, R.** New Zealand's post-2008 health system reforms: Toward re-centralization of organizational arrangements. – Health Policy, 2012, Vol. 106, No. 2, pp. 110–113.
21. GP Super Clinics National Program Guide. Australian Government. Department of Health and Ageing, 2010, 47 p. [[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1879709D1C65D435CA257BF0001AFEE8/\\$File/National%20Program%20Guide%202010.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1879709D1C65D435CA257BF0001AFEE8/$File/National%20Program%20Guide%202010.pdf)] 22.05.2014
22. **Groenewegen, P. P., Dourgnon, P., Greß, S., Jurgutis, A., Willems, S.** Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in

- selected Western and Eastern European countries – Health Policy, 2013, Vol. 113, pp. 170–179.
23. **Habicht, J., Kunst, A. E.** Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999 – Social Science & Medicine, 2005, Vol. 60, pp. 777–787.
  24. **Habicht, J., Kunst, A. E.** Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999 – Social Science & Medicine, 2005, Vol. 60, pp. 777–787.
  25. **Hahn, Y.** The effect of Medicaid physician fees on take-up of public health insurance among children in poverty. – Journal of Health Economics, 2013, Vol. 32, No. 2, pp. 452–462.
  26. **Hassenteufel, P., Palier, B.** Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. – Social Policy & Administration, 2007, Vol. 41, No. 6, pp. 574–596.
  27. Health and Social Care Act 2012. Parliament of the United Kingdom. [<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>]. 29.01.2014
  28. **Hefford, M., Crampton, P., Foley, J.** Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment – Health Policy, 2005, Vol. 72, No. 1, pp. 9–23.
  29. **Hogg, W., Lemelin, J., Dahrouge, S., Liddy, C., Armstrong, C. D., Legault, F., Dalziel, B., Zhang, W.** Randomized controlled trial of Anticipatory and Preventive multidisciplinary Team Care. For complex patients in a community-based primary care setting. – Canadian Family Physician, 2009, Vol. 55, No. 12, pp. e76–e85.
  30. Hooldusravi Osutajate Ühenduse esindaja. Veiko Sepa intervjuu. Helisalvestis. Räpina, 11.12.2013
  31. Hüvitiste ja tasude määrad. Eesti Haigekassa. [[http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/hyvitiste-ja-tasude-maarad-#Tervishoiuteenuste\\_omaosalus\\_](http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/hyvitiste-ja-tasude-maarad-#Tervishoiuteenuste_omaosalus_)] 18.02.2014
  32. Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused. Sotsiaalministri määrus nr 55, vastu võetud 13. augustil 2010.

- aastal – Riigi Teataja I osa, 2010, nr. 57, art. 388.  
[<https://www.riigiteataja.ee/akt/117012014009?leiaKehtiv>] 18.02.2014
33. Iseseisvat koduõendusabi pakkuva ettevõtte esindaja. Veiko Sepa intervjuu. Helisalvestis. Lubja küla, 24.10.2013.
  34. **Koppel, A., Kahur, K., Habicht, T., Saar, P., Habicht, J., van Ginneken, E.** Eesti. Tervisesüsteemi ülevaade. – Tervisesüsteemid muutustes, 2008, kd. 10, nr. 1, 312 lk.
  35. **Koppel, A., Meiesaar, K., Valtonen, H., Metsa, A., Lember, M.** Evaluation of primary health care reform in Estonia. – *Social Science & Medicine*, 2003, Vol. 56, pp. 2461–2466.
  36. **Lai T., Habicht T., Kahur K., Reinap M., Kiiwet R., van Ginneken E.** Estonia: Health system review. – *Health Systems in Transition*, 2013, Vol. 15, No. 6, pp. 1–192.
  37. **Lameire, N., Joffe, P., Wiedemann, M.** Healthcare systems – an international review: an overview. – *Nephrol Dial Transplant*, 1999, Vol. 14, No. 6, pp. 3–9.
  38. **Liseckiene, I., Miseviciene, I., Dudonis, M.** Organizational changes in the course of the PHC reform in Lithuania from 1994 to 2010. – *Health Policy*, 2012, Vol. 106, pp. 276–283.
  39. **Liseckiene, I., Boerma, W. G. W., Milasauskiene, Z., Valius, L., Miseviciene, I., Groenewegen, P. P.** Primary care in a post-communist country 10 years later: Comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004. – *Health Policy*, 2007, Vol. 83, pp. 105–113.
  40. **Liu, Q., Wang, B., Kong, Y., Cheng, K. K.** China's primary health care reform. – *Lancet*, 2011, Vol. 377, No. 9783, pp. 2064–2066.
  41. **Marianov, V., Serra, D.** Hierarchical location-allocation models for congested systems. – *European Journal of Operational Research*, 2001, Vol. 135, pp. 195–208.
  42. **Meuser J., Bean T., Goldman J., Reeves, S.** Family health teams: A new Canadian interprofessional initiative. – *Journal of Interprofessional Care*, 2006, Vol. 20, No. 4, pp. 436–438.

43. **Nelson, R. E., Nelson, S. L., Huttner, B., Gundlapalli, A.** The effect of Medicare Part D on health care utilization for non-elderly Medicare recipients with disabilities. – *Disability and Health Journal*, 2014, Vol. 7, No. 1, pp. 64–69.
44. **Nicholson, C., Jackson, C. L., Marley, J. E., Wells R.** The Australian Experiment: How Primary Health Care Organizations Supported the Evolution of a Primary Health Care System. – *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2012, Vol. 25, pp. 18–26.
45. **Oandasan, I. F., Conn, L. G., Lingard, L., Karim, A., Jakubovicz, D., Whitehead, C., Miller, K.-L., Kennie, N., Reeves, S.** – *Primary Health Care Research and Development*, 2009, Vol. 10, No. 2, pp. 151–162.
46. **Parfitt, B. A., Flora Cornish, F.** Implementing Family Health Nursing in Tajikistan: From policy to practice in primary health care reform. – *Social Science & Medicine*, 2007, Vol. 65, pp. 1720–1729.
47. Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. Sotsiaalministri määrus nr 2, vastu võetud 6. jaanuaril 2010. aastal – Riigi Teataja III osa, 2010, nr. 3, art. 52. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/108012013015>] 18.02.2014
48. Perearsti nimistu moodustamise, muutmise ja võrdlemise alused ja kord ning perearsti nimistute piirarv. Sotsiaalministri määrus nr 47, vastu võetud 7. detsembril 2012. aastal – Riigi Teataja I osa, 11.12.2012, art. 10. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/111122012010>] 18.02.2014
49. **Pottie, K., Farrell, B., Haydt, S., Dolovich, L., Sellors, C., Kennie, N., Hogg, W., Martin, C. M.** Integrating pharmacists into family practice teams: physicians' perspectives on collaborative care. – *Canadian Family Physician*, 2008, Vol. 54, No. 12, pp. 1714–1717.e5.
50. Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020. Sotsiaalministeerium, 2008 (täiendatud 2012), 80 lk. [[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Rahvatervis/R TA/2012\\_RTA\\_pohitekst\\_ok\\_5.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Rahvatervis/R TA/2012_RTA_pohitekst_ok_5.pdf)] 17.02.2014

51. Ravikindlustuse seadus. Vastu võetud Riigikogus 19. juunil 2002. aastal. – Riigi Teataja I osa, 2002, nr. 62, art. 377. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/RaKS>] 18.02.2014
52. **Rechel, B., McKee, M.** Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union – *Lancet*, 2009, Vol. 374, pp. 1186–1195.
53. **Rosser W. W., Colwill J. M., Kasperski J., Wilson L.** Patient-centered medical homes in Ontario. – *The New England Journal of Medicine*, 2010, No. 362, pp. e7(1)–e7(3).
54. **Sahina, G., Süralb, H.** A review of hierarchical facility location models. – *Computers & Operations Research*, 2007, Vol. 34, pp. 2310–2331.
55. **Simić, S., Milićević, M. Š., Matejić, B., Marinković, J., Adams, O.** Do we have primary health care reform? The story of the Republic of Serbia. – *Health Policy*, 2010, Vol. 96, No. 2, pp. 160–169.
56. **Simoens, S., Scott, A.** Voluntary or compulsory health care reform?: The case of primary care organisations in Scotland. – *Health Policy*, 2005, Vol. 72, No. 3, pp. 351–358.
57. Sotsiaalmaksuseadus. Vastu võetud Riigikogus 13. detsembril 2000. aastal. – Riigi Teataja I osa, 2000, nr. 102, art. 675. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/119112010006?leiaKehtiv>] 15.05.2014
58. **Teixeira, J. T., Antunes, A. P.** A hierarchical location model for public facility planning. – *European Journal of Operational Research*, 2008, Vol. 185, pp. 92–104.
59. Terviseameti registrid. Terviseamet. [<http://mveeb.sm.ee/Nimistud/>] 18.02.2014
60. Terviseuuringute ja tervisestatistika andmebaas. Tervise Arengu Instituut. [<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>] 18.02.2014
61. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud Riigikogus 9. mail 2001. aastal. – Riigi Teataja I osa, 2001, nr. 50, art. 284. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009?leiaKehtiv>] 18.02.2014
62. Töötervishoiu ja tööohutuse seadus. Vastu võetud Riigikogus 16. juunil 1999. aastal. – Riigi Teataja I osa, 1999, nr. 60, art. 616. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/834134?leiaKehtiv>] 18.02.2014

63. **Tučková, Z., Fialová, S., Strouhal, J.** Health Care Systems: Some Comparative Analysis from Czech Perspective. – International Journal of Mathematical Models and Methods in Applied Sciences, 2012, Vol. 6, No. 2, pp. 297–304.
64. **van der Zee, J., Kroneman, M. W.** Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. – BMC Health Services Research, 2007, Vol. 7, No. 94, pp. 1–11.
65. **van Gool, K.** GP Super Clinics. – Health Policy Monitor, 2008, No. 11, pp. 1–6.
66. World Health Report 2008 – Primary Health Care – Now More Than Ever. World Health Organization, 2008, 119 p. [[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)] 08.05.2014
67. **Yip, V., Hsiao, W.** China's health care reform: A tentative assessment. – China Economic Review, 2009, Vol. 20, No. 4, pp. 613–619.
68. **Zhangb, X., Chena, L.-W., Muellera, K. Yub, Q., Liub, J., Lina, G.** Tracking the effectiveness of health care reform in China: A case study of community health centers in a district of Beijing. – Health Policy, 2011, Vol. 100, pp. 181–188.

## LISAD

**Lisa 1.** Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (erinevate teenusepakkujate koondumine)

Riik/ regi- oon	Autor (aasta)	Vaatlus- alune periood	Reformi eesmärk	Reformi tegevused	Hinnang reformile	Uuringu metoodika
Ka- nada, On- tario	Meuser <i>et al.</i> (2006)	FHTde loomine 2004. a	Patsiendikeskne ravi, parem ligipääs erinevate tervishoiutöötajate poolt osutatavale ravile, patsiendi abistamine tervishoiusüsteemis orienteerumisel, suurenenud rõhk krooniliste haiguste juhtimisel, terviseedendusel ja haiguste ennetamisel.	Peretervise meeskondade ( <i>Family health teams</i> ) FHTde loomine.	FHTde mõjusid peaks veel uurima.	Situatsiooni kirjeldus
Ka- nada	Oanda- san <i>et al.</i> (2009)	FHTde loomine 2004. a	Multiprofessionaalsete meeskondade loomine esmatasandil, et pakkuda koostööl põhinevat patsiendikeskset ravi.	Olemasolevate esmatasandi keskuste laiendamine ja ümberkujundamine multiprofessionaalseteks peretervise meeskondadeks FHTdeks ( <i>family health teams</i> ).	Multiprofessionaalne suhtlus ja koostöö esmatasandil on suuresti seotud aja ja kohaga.	Etnograafilised vaatlused ja intervjuud kolmes esmatasandi keskuses, kus moodustatakse FHTd.

## Lisa 1 järg

Kanada, Ontario	Rosser <i>et al.</i> (2010)	FHT-de loomine 2004. a	Esmatasandi teenuste ravi parem koordineerimine.	Peretervise meeskondade ( <i>Family health teams</i> ) FHT-de loomine 2004. a.	FHT-de teenuseid kasutavate kõrgvererõhutõve all kannatavate patsientide paremad ravitulemused.	Situatsiooni kirjeldus
Kanada, Ontario	Pottie <i>et al.</i> (2008)	FHT-de loomine 2004. a	Esmatasandi teenuste ravi parem koordineerimine.	Peretervise meeskondade ( <i>Family health teams</i> ) FHT-de loomine.	Perearstide ja apteekrite koos töötamise eelis: võimalus saada kiiresti usaldusväärset infot ravimite kohta ning sellega seondult suurema kindluse ravimite väljakirjutamisel.	Intervjuud perearstide ja apteekritega (enne ja aasta pärast apteekrite toomist perearstipraktiksesse)
Kanada	Hogg <i>et al.</i> (2009)	FHT-de loomine 2004. a	Esmatasandi teenuste ravi parem koordineerimine.	Peretervise meeskondade ( <i>Family health teams</i> ) FHT-de loomine.	Ravikvaliteet vanemaealiste inimeste krooniliste haiguste juhtimisel paraneb.	Integreeritud meeskonna patsientide seisundi võrdlemine kontrollgrupiga (ainult perearsti poolt ravitavate patsientidega)
Austraalia	van Gool (2008)	Kliinikute loomine: 2007–2011	Muuta teenused kättesaadavaks pakkudes neid ühes kohas koos, parandada krooniliste haiguste, mis vajavad multidisiplinaarset ravi, juhtimist.	62 perearstide superkliiniku ( <i>GP super clinics</i> ) loomine.	Ennustatavalt vähendab ebavõrdsust teenuste kasutamisel, kuna kliinikud luuakse kohtadesse, kus praegu nõudlus pole rahuldatud.	Situatsiooni kirjeldus

Allikas: (van Gool 2008; Hogg *et al.* 2009; Meuser *et al.* 2006; Oandasan *et al.* 2009; Pottie *et al.* 2008; Rosser *et al.* 2010); autori koostatud.

**Lisa 2.** Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade  
(endised Nõukogude Liidu riigid)

Riik/re-gioon	Auto r(id) (aast ad)	Vaatlus alune periood	Reformi eesmärk	Reformi tegevused	Hinnang reformile	Uuringu metoodika
Eesti	Atun et al. (2006)	Poliitiline keskkond ja muutused teenuste kasutamises: 2000–2004. a	Parandada tervishoiuteenuste juurdepääsu ja teenuste kvaliteeti, suurendada tervishoiusüsteemi efektiivsust.	Uued organisatsioonilised struktuurid, patsiendi vabades perearsti valikul, uued makseliigid, peremeditsiinialase erialase koolituse sisseviimine, perearstide teeninduslepingud, laiendanud teenuse ulatust.	Esmatasandi tervishoiu efektiivsus kasvas (möödetuna krooniliste haiguste ravimises perearsti poolt, nende juhtimite väheses jõudmises haigla tasandile)	Dokumendianalüüs, haigekassa statistika ja uuringu andmete analüüs, intervjuude analüüs.
Eesti	Koppel et al. (2003)	1998–2003	Esmatasandi tervishoiuteenuste arendamine peremeditsiini tutvustamise kaudu, kogu elanikkonnale perearstiteenustele ligipääsu, esmatasandi teenustele stabiilse rahastamise tagamine. Efektiivsuse tõstmine pearahasüsteemi sisseviimisel.	Peremeditsiini kursuste sisseviimine arstiõppesse, esmatasandi spetsialistide ümberõpe peremeditsiini valdkonnas.	Toimub liikumine tehnilise efektiivsuse, alloktiivse efektiivsuse ja finantsilise stabiilsuse poole.	Haigekassa ja statistikaandmete analüüs.

## Lisa 2 järg

Eesti	Habicht ja Kunst (2005)	Andmed 1999. a	Peamine tähelepanu efektiivsuse suurendamisel, ebavõrdsuse küsimus tagaplaanil.	Ravikindlustusskeemi loomine, süsteemi detsentraliseerimine, peremeditsiini toomine süsteemi.	Eksisteerivad ebavõrdsused tervishoiuteenuste kasutamisel erinevate sotsiaalsete gruppide vahel.	Andmed majapidamiste uuringust (1999. a). Regressioanalüüs
Ida-Euroopa	Reichel ja McKee (2009)	1990–2009	Esmatasandi tugevdamine.	Peremeditsiini kursuste sisseviimine arstiõppesse, esmatasandi spetsialistide ümberõpe peremeditsiini valdkonnas	Osades maades on aidanud eesmärke saavutada, teistes toonud kaasa ootamatuid neg. tagajärgi.	Kirjanduse analüüs.
Lee-du	Lisec kiene <i>et al.</i> (2007)	Andmed 1994. a ja 2004. a	Esmatasandi tugevdamine.	Perearstide toomine süsteemi, peremeditsiini kursuste sisseviimine arstiõppesse, esmatasandi spetsialistide ümberõpe peremeditsiini valdkonnas, teenuste pakkumise detsentraliseerimine ja erapakkumise võimaluse loomine, teenuste pakkumise üksuste renoveerimine.	Vaadeldi perearstide poolt pakutavate tegevuste profiile. On lisandunud perearstide poolt pakutavaid teenuseid.	Küsitlused (1994. a ja 2004. a)
Lee-du	Lisec kiene <i>et al.</i> (2012)	1994–2010	Kättesaadavuse suurendamine	Peremeditsiini toomine esmatasandi süsteemi	Perearsti töökoormus on tõusnud EL-i keskmisele tasemele.	Perearstide seas läbi viidud küsitluse (1994. a, 2004. a ja 2010. a) andmete analüüs.

## Lisa 2 järg

Tadžikistan	Parfitt ja Cornish (2007)	2000–2005	Peremeditsiini väljaarendamine	Pereõdede toomine perearsti praksistesse	Pereõdede edukas toomine perearsti praksistesse, mille juures oli oluline arstide ja perede koostöö	Kvalitatiivne hindamine intervjuude ja fookusgruppide põhjal
-------------	---------------------------	-----------	--------------------------------	--	---	--

Allikas: (Atun *et al.* 2006; Koppel *et al.* 2003; Habicht, Kunst 2005; Liseckiene *et al.* 2007; Liseckiene *et al.* 2012; Parfitt *et al.* 2007; Rechel, McKee 2009); autori koostatud.

**Lisa 3.** Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (endised sotsialismimaad)

Riik/ regioon	Aut or(id) (aast a)	Vaatlus alune periood	Reformi eesmärk	Reformi tegevused	Hinnang reformile	Uuringu metoodika
Serbia	Simić <i>et al.</i> (2010)	Statistilised andmed 2000-2007	Üldarst kui "valitud" arst, patsiendikeskuse suurendamine, ennetusteenuste suurendamine, üldarstidele finantsiliste ajendite loomine	Igale arstile nimistu loomine, teenuste kvaliteedi suurendamine, ennetusosakondade loomine esmatasandi keskustes, pearaha süsteemi sisseviimise ettevalmistamine.	Allokatiivne efektiivsus on paranenud, tehniline efektiivsus on peaaegu sama (v. a koolieelne tervishoiuteenus, seal paranenud). Finantsiline jätkusuutlikus samuti paranenud (mõõtes kaudsete tervishoiukulude kaudu)	Dokumendianalüüs, statistiliste andmete analüüs 3 kriteeriumi alusel (allokatiivne efektiivsus, tehniline efektiivsus, finantsiline jätkusuutlikus)
Usbekistan	Asadov, Aripov (2009)	Alates 2000. a	Ravi kvaliteedi parandamine.	Tõenduspõhise meditsiini praktiline levitamine.	Tõenduspõhise meditsiini aluste sisseviimine arstiõppesse takerdunud teaduskonna juhtide nõrga toetuse taha.	Süsteemikirjeldus
Sloveenia	Albreht, Klazina (2009)	1992-2008	Patsiendi valikuvabaduse tõstmine, teenuste kvaliteedi tõstmine, konkurentsi tõstmine sektoris, efektiivsuse suurendamine.	Erastamine: erapraksiste loomiseks vajaliku õigusliku aluse loomine, omaosaluse suurendamine rahastamises,	Erakulutused tervishoiule on märkimisväärselt suurenenud, samas kui tervise infrastruktuuri ja juhtimise erastamine on olnud limiteeritud.	Dokumendianalüüs

### Lisa 3 järg

Poola	Filinson <i>et al.</i> (2003)	Reform jaan. 1999, uuringu andmed juuni 2001 ja 2002	Erastamise stimuleerimine tervishoiusüsteemis	Universaalse tervisekindlustuse sisseviimine, mis on hallatud ravikindlustusfondide poolt.	Kindlustusfondid leiavad, et efektiivsuse tõusu takistavad eelnevad kohalike valitsuste ja teenusepakkujate vahelised suhted, mis ei soodusta uute pakujate turule tulemist.	Uuring tervishoiutöötajate ja kindlustusadministratooride seas.
-------	-------------------------------	--	---	--	--	---

Allikas: (Simić *et al.* 2010; Asadov, Aripov 2009; Albrecht, Klazinga 2009; Filison *et al.* 2003); autori koostatud.

**Lisa 4.** Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade  
(Lääne-Euroopa ja ebavõrdsuse vähendamine)

Riik/ regioon	Autor(i) d) (aasta)	Vaat lusal une perio od	Refor mi ees märk	Reformi tegevused	Hinnang reformile	Uurin gu metoo dika
Lääne- ja Ida- Euroopa (Saksa- maa, Belgia, Prantsus- maa, Eesti, Leedu, Valge- vene)	Groene wegen <i>et al.</i> (2013)	Alate s 2004	Esmatas andi tugevda mine.	Perearsti mudeli tutvustamine (Saksamaa, 2004): vabatahtlik patsientidele ja arstidele; arstidel, kes on süsteemis, on nimistud, patsiendid, kes on mudelis, saavad minna eriarsti juurde ainult perearsti suunamisega. Sarnase põhimõttega „eelistatud arsti” mudel Prantsusmaal 2006. a.	Perearsti mudel (Saksamaa): mõju patsientide rahulolule ja ravi kvaliteedile väga väike; perearstide suunamine ainult formaalne. „Eelistatud arsti” mudel (Prantsusmaa): patsientide osakaal, kes ilma suunamiseta läksid eriarsti juurde, on vähenenud.	Doku mendi- ja kirjand use ana- lüüs.
Uus- Meremaa	Hefford <i>et al.</i> (2005)	And med juuli 2002 – septe m- ber 2003	Tervisea lase ebavõrd suse vähenda mine.	Omaosaluse vähendamine, liikumine teenustasupõhiselt tasustamiselt pearaha poole, rahvatervise juhtimise arendamine, kogukondliku osalusega mittetulundusliku infrastruktuuri (PHOde) rajamine esmatasandi abi andmiseks.	Edukas: üle poole inimestest on liitunud PHOga. Üle 400000 inimese ligipääs esmatasandi hüvitistele paranes.	Doku mendi ana- lüüs, osalus- ja makse statisti ka analüü s.
Šotimaa	Simoens , Scott (2005)	Refo rm 1999	Ebavõrd suse vähenda mine.	Perearstipraksiste kooperatiivide loomine (liitumine vabatahtlik).	On mõningaid tõendeid ebavõrdsuse vähendamiseks.	Regres siooni analüü s.

Allikas: (Groenewegen *et al.* 2013; Hefford *et al.* 2005; Simoens, Scott 2005); autori koostatud.

**Lisa 5.** Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (organisatsioonilised muutused)

Riik/regioon	Autorig(id)	Vaatlusperiood	Reformi eesmärk	Reformi tegevused	Hinnang reformile	Uuringu meetodi ka
Uus-Meremaa	Gauld (2012)	2008 - 2012	Bürokraatia vähendamine, riikliku ja regionaalse koordineerimise parandamine, ebaefektiivsuste vähendamine tervisesüsteemis.	Erinevad organisatsioonilised muutused: funktsioonide viimine riiklikule tasandile (uued riiklikud asutused eesmärgiga parandada riiklikku koordineerimist ja planeerimist kindlates valdkondades: kvaliteet, IT, teenuste efektiivsus, halduskulude vähenemine), intergreeritud pere tervisekeskuste loomine.	Pikaajalisi mõjude hindamiseks veel vara.	Sündmuste analüüs
Austraalia	Nicholson <i>et al.</i> (2012)	Organisatsioonide loomine 1992.a	Luu perearste kohalikul tasandil esindavad organisatsioonid	Organisatsioonid on aidanud esmatasandi arstiabi süsteemil areneda, keskendudes kvaliteedi parandamisele, multidistsiplinaarsete meeskondade laienemisele esmatasandisse, piirkondlikule integratsioonile, infotehnoloogia vastuvõtmisele ning ravile parema juurdepääsu tagamisele.	Eeldab, et kvaliteet on tõusnud ja on parem kättesaadavus.	Tegevuse ülevaade

Allikas: (Gauld 2012; Nicholson *et al.* 2012); autori koostatud.

**Lisa 6.** Esmatasandi tervishoiuteenuste korralduse reforme käsitlevate uuringute ülevaade (Hiina)

Riik/ regioon	Autor (id) (aastad)	Vaatlusalune periood	Reformi eesmärk	Reformi tegevused	Hinnang reformile	Uuringu metoodika
Hiina	Yip, Hsiao (2009)	2002-2009. a	Kõigile kodanikele taskukohase juurdepääsu tagamine põhilistele tervishoiuteenustele.	Esmatasandi tervishoiuasutuste arvu suurendamine, toetuste suurendamine, et tagada kõigile võrdne ligipääs teenustele, rahvaterviseprogrammides valitsuse rahastamise suurendamine.	Tehtud muudatused on positiivsed, aga ei kõrvalda ära Hiina süsteemi ebaefektiivsusprobleeme, nagu suur killustatus teenuste pakkumises ja pakkujate stiimul üle pakkuda kalleid teste ja teenuseid.	Süsteemikirjeldus
Hiina	Zhang <i>et al.</i> (2011)	Andmed 1978-2005, reformise 2006	Esmatasandi teenuste kättesaadavuse suurendamine.	Kõigi elanike tervisekindlustuse katmine, erarahastamisega kohalike haiglate muutmine valitsusepoolse rahastamisega esmatasandi tervisekeskusteks.	Ambulatoorsete visiitide arvu oluline tõus piirkonna tasemel, kuid mitte esmatasandi tervisekeskustes (CHC-des) näitab, et tervisekeskused ei suuda tõmmata haiglatest endale patsiente. Esmatasandi süsteem võib sattuda pikemaajalise finantsriski olukorda.	Statistiline analüüs mittepameetrite testidega, kasutades reformieelseid ja järgseid andmeid visiitide, personali ja finantsvahendite kohta.

## Lisa 6 järg

Hiina	Bhattacharyya <i>et al.</i> (2011)	1997-2009	Paranda da tervishoiuteenuste kättesaadavust, kvaliteeti ja efektiivsust.	Valitsusepoolne kohalike esmatasandi terviseteenuste rahastamise suurendamine, varasemate haiglahoonete muutmine esmatasandi keskusteks.	Teenuse pakkujate tootlikkus on veel madal, teenuseid ei tunnetata taskukohastena, patsientidele valmistab muret ohutus, mis kõik viib esmatasandi teenuste vähese kasutamiseni.	Poliitika analüüs, kirjanduse ülevaade, juhtumisanalüüside teisene analüüs, küsitlused
-------	------------------------------------	-----------	---	--	--	--

Allikas: (Yip, Hsiao 2009; Zhang *et al.* 2011; Bhattacharyya *et al.* 2011); autori koostatud.

## Lisa 7. Intervjuude alateemad

1. Ämmaemanda/füsioterapeudi/koduõe koht tervisekeskuses. Tema vajadus esmatasandil tervisekeskuses asuda ja sellega kaasnevad positiivsed ja negatiivsed küljed. Parim organisatsiooniline mudel.
2. Koduõe/perearsti/pereõe/füsioterapeudi/ämmaemanda üksteisega asendatavuse võimalus ja sellega kaasnevad positiivsed ja negatiivsed küljed.
3. Patsientide liikumine esmatasandi tervisekeskusest välja, seosed esmatasandi terviseteenuste osutajate ja eriarsti vahel ning selle ideaallahendused.
4. Erinevate esmatasandi teenuse pakkujate ajakulu.
5. Esmatasandi terviseteenuse pakkujate vajalikud ruumid ja vahendid esmatasandi tervisekeskuses.

## **SUMMARY**

### ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES THROUGH HEALTH CENTRES IN ESTONIA

Laura Helena Kivi

The aging population leads to a situation where the use of health services is growing and the problems associated with the provision of health services are becoming an increasingly important discussion topic.

The primary health care rose to importance in 1978 with the World Health Organization's Alma-Ata primary health declaration. The Alma-Ata declaration states that the primary health care is essential for health and should be made available to the extent to which the state and the community can afford, with methods that are practical, scientifically sound and socially acceptable (Declaration ... 1987). Strengthening of the primary health care has become more and more important over time. The World Health Organization's World Health Report 2008 "Primary Health Care - Now More Than Ever" emphasizes the importance of primary health care, given the current globalization of the world.

In Estonia the primary health care services include family physician and nurse services, home nursing service, physical therapy services, midwifery services, school health services, pharmacy services, occupational health services, dental services and mental health nurse service (Primary ... 2009: 3). Primary Health Care Development Plan (2009 : 5) identifies that the main problems with Estonian primary care is, that certain health services (home nursing, physiotherapy, midwifery) are geographically unequally available. Many primary health care services have not developed a network across the country comparable of family physicians network that ensures a uniform and high level of availability. Another concern is

the difficulty in finding a substitute worker in case a family doctor or a nurse would be temporary absent. One way to mitigate these problems is to collocate primary health care providers to common primary health centers. As the above-mentioned problems affect both the efficiency of primary health services and the availability of primary health services, it is essential to examine the organization of primary health care services and to make proposals for optimizing the field.

The aim of this thesis is to provide recommendations for more efficient organization of primary care health services for Estonia through the establishment of health centers.

Based on the stated purpose research tasks are the following:

- to describe the health care organization models;
- to describe the theories concerning the optimization of the networks of public services;
- to provide an overview of Estonia's primary health care system organization;
- to describe previous primary health care system reforms and results in Estonia and foreign countries;
- to analyze the interviews conducted with the primary health service providers;
- to provide recommendations on reorganization of Estonian primary health care system, based on foreign practices and Estonian expert reviews

European healthcare systems can be broadly divided into two groups: the systems based on Bismarckian model and the systems based on Beveridge model. The Beveridge model is tax-funded and the health care is funded from state budget. The Bismarckian model of healthcare is financed through the state health insurance system. Health insurance premiums depend on the level of salaries in this case. Estonia's healthcare system is in most part based on the Bismarckian model.

Creating a network of health care providing facilities can rely on hierarchical facility location models. Hierarchical structures provide different kind of services at different

facility levels. However, there are various links between the facilities, which is why it is not possible to find a solution to the problem at each level separately. Hierarchical facility location models can be divided into three different groups: movement or flow-based models, coverage-based models, routing or definitiveness based models.

Estonia and several foreign countries have attempted to improve the organization of primary health services by a number of reforms. First set of reforms have made an attempt to create multi-professional primary health care centers. Such reforms are found to have positive consequences: increasing the quality of care for chronic disease management and service providers has increased opportunities for knowledge exchange. Primary care reforms have had a number of different directions, such as: a number of reforms made in the European countries that regained their independence in early 1990s, new models introduced in Western Europe concerning the primary care physicians and finally reforms to reduce inequality in primary health care.

In this thesis interviews, which were conducted with the representatives of primary health care providers, have been analyzed. The interviews revealed that the different parties feel that midwifery care in a primary care facility is necessary (including women's postpartum monitoring). In addition also the physical therapy services in primary care are necessary, because currently a large number of physical therapy needs are not covered and the availability of the service is uneven, especially this applies to treatment of minor injuries. In contrast, district nursing services in primary health centers were not considered desirable. The reasoning behind this recommendation is related to the fact that if a greater number of home nurses are working at the same location, this would provide a possibility to replace each other and exchange knowledge, taken into account a different level of experience in between the nurses. This model would not be possible in the primary care centers with only a limited number of district nurses available. Finally, the author provided a set of recommendations, based on the interviews and foreign experience. A total of four recommendations were provided. First recommendation is to provide primary care physical therapy services in the health centers or physiotherapist centers. The main arguments are insufficient and uneven availability of the service and the lack of state -wide network. In

addition, this change would reduce the pressure on in-patient rehabilitation services and would create an opportunity for better integration of health services, which are associated with management of chronic diseases. Secondly, the author suggests that primary care midwifery should be made available at primary health centers. This would allow covering part of the needs for postpartum monitoring and provide a geographically more evenly distributed service. The amendment would also create opportunities for patient-centered care. Third recommendation is that the hierarchy of women doctors and midwives should be defined territorially. This would make access to the next level care in a more reliable way than currently being envisaged. Finally, the author does not recommend home care providers to be located at primary health care centers. It is concluded that a single district nurse may not have a sufficient opportunity to consult with colleagues. Also there will be a problem of finding a replacement home nurse. The availability of home nursing services is currently increasingly uneven, and a future research should explore other ways to improve access to the services.

The results of the current thesis and the recommendations given can be used in the process to reorganize the primary health care system. One of the topics for future research could be related to the better understanding of the processes of how these possible reforms will be expected to be received by the potential patients and the level of susceptibility of the patients to make use of the possibilities of the primary health care services.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Laura Helena Kivi

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Esmatasandi tervisteenuste korraldamine tervisekeskuste moodustamisega Eesti näitel”,

mille juhendajad on Janek Saluse ja Kerly Espenberg,

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **27.05.2014**